

Kokemuksia toiseudesta - psykiatrisen päiväsairaalan potilaat kertovat

Inkeri Kuntsi
013030711
Helsingin yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta
Sosiaalitieteiden laitos
Sosiaalityön oppiaine

Toukokuu 2020



| | | | |
|---|--|---|---|
| Tiedekunta – Fakultet – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta | | Laitos – Institution - Department Sosiaalitieteiden laitos | |
| Tekijä – Författare – Author Inkeri Kuntsi | | | |
| Työn nimi – Arbetets titel – Title Kokemuksia toiseudesta – psykiatrisen päiväsairalan potilaat kertovat | | | |
| Oppiaine/Opintosuunta – Läroämne/Studieinriktning – Subject/Study track Sosiaalityö | | | |
| Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma | | Aika – Datum – Month and year Toukokuu 2020 | Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 67 + 1 liite |
| <p>Tiivistelmä – Referat – Abstract</p> <p>Tämän tutkimuksen aihe on mielenterveyskuntoutujien kokemukset toiseudesta. Toiseudella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa yksilön tai ryhmän kokemusta eriarvoisesta asemasta, joka syntyy ihmisten kategorisoinnista tiettyyn ryhmään jonkin ominaisuuden perusteella. Tutkielman tehtävänä on analysoida sitä, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet mielenterveyskuntoutujien toiseuden kokemuksiin ja niiden vaikutuksista päivittäiseen elämään. Tutmuskysymykset ovat: 1. Millä tavoin toiseus ilmenee ja mielenterveyskuntoutujien elämässä? 2. Miten toiseuden kokemukset vaikuttavat mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiseen? 3. Mitkä tekijät purkavat toiseuden kokemuksia?</p> <p>Tutkimusaineisto koostuu kahdeksasta teemahaastattelusta. Haastattelut toteutettiin psykiatriseen avohoitoon kuuluvassa päiväsairaalassa. Tutkimuksen lähestymistapana on laadullinen tutkimus ja tutkimusfilosofiana toimii fenomenologinen lähestymistapa. Tutkimushaastatteluita litteroidut aineistot analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysissa aineistosta luotiin teemoja, jotka kuvasivat haastateltavien kokemuksia ja heidän kokemuksille antamia merkityksiä omassa elämässään.</p> <p>Tutkimuksen tuloksena voidaan todeta, että toiseus ilmenee mielenterveyskuntoutujien elämässä erityisesti siten, että henkilö kokee itsensä erilaiseksi tai eriarvoiseksi kuin muut ja se vaikuttaa muiden kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Toiseuden tunnetta näyttää tulosten perusteella aiheuttavan toimintakyvyn rajoituksista seurannut sosiaalisten suhteiden vähyys ja työkyvyttömyyden aiheuttama työelämän ulkopuolisuus. Toiseutta voi syntyä myös muiden ihmisten määrittelemänä esimerkiksi terveys- ja kuntoutuspalveluista uloslyömisenä ja poiskäännyttämisenä, jota monet haastateltavista toivat esiin. Vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa toiseus ilmenee leimaamisen kokemuksina. Tutkimuksen perusteella vertaistuen mahdollistaminen mielenterveyskuntoutujille luo yhteenkuuluvuuden tunnetta ja luottamusta, jotka purkavat toiseutta ja toiseuden tunnetta. Lisäksi hyvät hoitokokemukset ja muiden ihmisten positiivinen suhtautuminen vähentävät mielenterveyskuntoutujien toiseuden kokemuksia.</p> <p>Tutkimuksen perusteella mielenterveyspalveluissa tulisi kiinnittää erityistä huomiota palveluiden saatavuuteen ja psykososiaalisten hoitomuotojen tarjontaan. Vertaistuen mahdollistavaa hoitoa- ja kuntoutusta tulisi kehittää niin, että vertaistukea olisi kaikkien mielenterveyskuntoutujien saatavilla. Lisäksi tietoa mielenterveysongelmista ja niiden hoidosta tulee edelleen lisätä, jotta negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot mielenterveyskuntoutujia kohtaan vähenevät.</p> | | | |
| Avainsanat – Nyckelord – Keywords Toiseus, mielenterveys, leimautuminen, eriarvoisuus | | | |
| Ohjaaja tai ohjaajat –Handledare – Supervisor or supervisors Maritta Törrönen | | | |

Sisällys

| | |
|---|----|
| 1. Johdanto | 4 |
| 2. Mielenterveys ja psykiatrinen hoito | 9 |
| 2.1 Mielenterveys | 9 |
| 2.2 Mielenterveysongelmien ja -hoidon historiaa | 12 |
| 2.3 Psykiatrinen hoito- ja kuntoutus | 13 |
| 3. Toiseus | 15 |
| 3.1 Eriarvoistava toiseus | 15 |
| 3.2 Kategorisointi | 18 |
| 3.3 Stigma ja leimautuminen | 20 |
| 4. Tutkimusmetodologia | 23 |
| 4.1 Fenomenologinen lähestymistapa | 23 |
| 4.2 Tutkimusaineisto | 24 |
| 4.3 Analyysi | 30 |
| 4.4 Eettinen tarkastelu | 31 |
| 5. Tutkimustulokset | 34 |
| 5.1 Toiseus haastaa hyvinvoinnin | 34 |
| 5.2 Toiseksi tekeminen | 40 |
| 5.3 Toiseutta purkavat tekijät | 47 |
| 6. Tulosten yhteenveto ja pohdinta | 51 |
| Lähteet | 61 |
| Liite 1 | |

1. Johdanto

Mielenterveyden kysymyksistä ja mielenterveyspalveluista keskustellaan paljon yhteiskunnallisilla foorumeilla ja mediassa. Mielenterveydestä ja sen haasteista pyritään jatkuvasti lisäämään tietoa kansalaisten keskuudessa. Tämä keskustelu ja tiedonjako ei kuitenkaan ole poistanut mielenterveysongelmista kärsivien kokemuksia sen aiheuttamasta toiseuden tunteesta suhteessa valtaväestöön.

Mielenterveysbarometrin mukaan asenteet mielenterveyskuntoutujia kohtaan ovat vähitellen muuttumassa (Mielenterveysbarometri 2018). Eriarvoistuvassa yhteiskunnassa hyvinvointiin ja ihmisten elinoloihin vaikuttaa laajasti heikommassa asemassa olevien sosiaalinen asema. Sosiaalisen aseman heiketessä toipuminen mielenterveysongelmista vaikeutuu ja mielenterveysongelmat kasvavat entisestään. (Karlsson & Mikkonen 2019.) Mielenterveydenhoitoon ja mielenterveysongelmista kuntoutumiseen vaikuttaa useiden tutkimusten mukaan kansan suhtautuminen mielenterveysongelmiin. Mielenterveyskuntoutujien stigmatisointi on joidenkin tutkimusten mukaan vähentynyt (Karlsson & Mikkonen 2019). Stigmatisoiva ja syyllistävä asenne mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä kohtaan heikentää terveydenhoitoon hakeutumista mielenterveyssyistä ja mielenterveyshoidon tuloksia (Maanmieli 2019).

Mielenterveydestä puhuttaessa keskustelu painottuu usein ilmiön ongelmakeskeisyyteen. Mielenterveys on itseasiassa henkilön voimavara (Lönnqvist & Lehtonen 2014, 30-34). Mielenterveyden ylläpitämiseksi tarvitaan erilaista tukea, palveluja ja hoitoa, silloin kun yksilön omat voimavarat eivät riitä. Vasta mielenterveyden järkkyyssä ja sosiaalisten suhteiden puuttuessa tuen tarpeen roolin tärkeys nousee esille. Uudessa mielenterveysstrategiassa on otettu mielenterveydenhoidon lähtökohdaksi

ennaltaehkäisy ja toipumisorientaation näkökulma. (Karlsson & Mikkonen 2019.)

Tämä tutkielma tuo mielenterveyskuntoutujien oman äänen esiin kertomalla heidän kokemuksiaan siitä, millaista on elää yhteiskunnassamme mielenterveysongelmien kanssa. Mielenterveyskuntoutujien kokemukset ovat tutkimusaiheena edelleen ajankohtainen, sillä mielenterveysongelmista johtuva työkyvyttömyys ja psykiatrisen hoidon tarve jatkavat kasvuaan. Aihe on merkittävä, sillä mielenterveysongelmat luovat paljon inhimillistä kärsimystä ja hätää niitä sairastaville. Lisäksi sairaus ei vaikuta vain potilaisiin itseensä, vaan myös heidän omaisiin. Mielenterveyskuntoutujan puolisoilla ja vanhemmilla on usein merkittävässä määrin stressiä ja huolta omaisestaan. Omaiset saattavat pahimmassa tapauksessa itsekkin sairastua ja menettää työkykynsä.

Mielenterveyshoidon kustannuksia on pyritty laskemaan purkamalla laitoshoidon ja keskittymällä avohoitoon. Avohoidossa resurssia ei kuitenkaan ole lisätty samassa suhteessa (Lönnqvist & Lehtonen 2011). Terveystieteiden palvelut yritetään järjestää kokoajan entistä tehokkaammin ja taloudellisemmin (Mäkitalo 2000, 77). Yhteiskunnallinen keskustelu on usein painottunut mielenterveysongelmien yleisyyteen ja mielenterveyspalveluiden kustannuksiin. Onkin tärkeää kääntää katse toisaalle ja kysyä mielenterveyskuntoutujilta itseltään, miten he kokevat saamansa hoidon ja sen, kuinka yhteiskunta ja muut ihmiset heihin suhtautuvat. Pyrin tässä tutkielmassa selvittämään mielenterveyskuntoutujien omia kokemuksia siitä, miten toiseus ilmenee heidän elämässään ja minkälaisia merkityksiä toiseuden kokemukset muodostavat kuntoutumiselle ja hyvinvoinnille.

Toiseutta on tutkittu lähinnä maahanmuuttajien näkökulmasta (Löytty

2005). Toiseuden käsitettä koskeva tutkimus on jäänyt vähemmälle. Mielenterveyskuntoutujien toiseuden kokemuksia ei ole juurikaan tutkittu. Aihetta on lähestytty yleensä stigman ja leimatun identiteetin näkökulmasta (Maanmieli 2019; Kulmala 2004).

Mielenkiintoni tutkimusaiheeseen on herännyt ensimmäisen kerran jo noin 20 vuotta sitten työskennellessäni psykiatrisessa sairaalassa laitosapulaisena 90-luvulla. Tällöin laitospulaisen tehtäviin kuului osaston puhtaanapidon ohella myös avustaminen hoidollisissa tehtävissä ja esimerkiksi ruokailun järjestäminen kuului lähes kokonaan laitospulaisen toimenkuvaan. Ensimmäinen huomioni kiinnittänyt asia oli se, että potilaita kohdeltiin hyvin erilaisina ihmisinä kuin valtaväestöä. Tarkastellessani myöhemmin tilannetta psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijän roolissa, sama ilmiö herätti huoleni ja mielenkiintoni. Huomasin, että terveydenhuollon ammattihenkilökunnan ja sairaalassa hoidettavien potilaiden välinen vuorovaikutus ja henkilökunnan keskenään käymät keskustelut loivat toiseutta suhteessa potilaisiin. Psykiatrisen sairaalan hierarkkinen työkuultuuri saattoi osaltaan vaikuttaa kokemukseeni. En tarkoita tällä niinkutsuttua hoidollista etäisyyttä, joka on monissa tilanteissa tarkoituksenmukaista, vaan potilaiden alempiarvoiseksi tekemistä puheissa ja toimintatavoissa suhteessa valtaväestöön ja sairaalan henkilökuntaan.

Sosiaalityöntekijä on psykiatrisessa sairaalassa usein se henkilö, jolle potilaat voivat puhua kokemuksistaan. Työssäni sain kuulla asiakkailtani useita kuvauksia erilaisuudesta ja huolta muiden ihmisten suhtautumisesta mielenterveysongelmiin. Päätin lähteä tutkimaan aihetta potilaiden kokemuksista käsin. Halusin tarkastella, miten toiseus suhteessa mielenterveyskuntoutujiin ilmenee yhteiskunnassamme sekä mitkä tekijät luovat toiseuden kokemusta kuntoutujille niin psykiatrisessa hoidossa, kuin sen ulkopuolella.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, millä tavalla kuntoutujat ovat kokeneet mielenterveysongelmien vaikuttavan elämäänsä ja millä tavoin toiseuden kokemukset ovat vaikuttaneet heidän kuntoutumiseensa, hoitoon mielenterveyspalveluissa sekä miten se on ilmennyt muissa toimintaympäristöissä. Tutkimuksen tehtävänä on selvittää, mitä elementtejä nämä kokemukset ja henkilöiden niille antamat merkitykset sisältävät. Tällä tutkielmalla pyrin saamaan vastauksia siihen, mitkä tekijät luovat toiseutta mielenterveyskuntoutujien elämässä ja miten toiseuden kokemukset vaikuttavat mielenterveysongelmista kuntoutumiseen. Lisäksi selvitän, mitkä tekijät purkavat toiseuden kokemusta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millä tavoin toiseus ilmenee mielenterveyskuntoutujien elämässä?
2. Miten toiseuden kokemukset vaikuttavat mielenterveyskuntoutujien kuntoutumiseen?
3. Mitkä tekijät purkavat toiseuden kokemuksia?

Puhun tässä tutkielmassa potilaista, kun viitataan psykiatrisen terveydenhuollon palveluidenkäyttäjiin. Olen tällä yksinkertaistanut tutkielman käsitteiden käyttöä. Olen valinnut käsitteen potilas, sillä psykiatrisessa hoitotyössä puhutaan usein potilaista. Käsitteenä potilas luo helposti mielikuvan hoidon objektina olevasta henkilöstä, joka on erilaisten toimenpiteiden kohde. Tämä asetelma on kuitenkin muuttumassa, jota käsittelen myöhemmin tässä tutkielmassa.

Myös mielenterveyskuntoutuja-käsitteen käyttö saattaa olla stigmatisoivaa. Tämä tutkielma voi osaltaan vahvistaa tätä asetelmaa, vaikka tarkoitus onkin päinvastainen. Olen ottanut tämän huomioon, mutta parempaa

käsitettä on vaikea käyttää puhuttaessa kaikista ihmisistä, jotka ovat kuntoutumassa mielenterveyden haasteista. Uskon tämän tutkielman kuitenkin tuottavan tietoa mielenterveyskuntoutujien kokemuksista ja näin vähentävän aiheeseen liittyvää toiseuden tuottamista. Tiedon tuottaminen on yksi keino vähentää ihmisten kategorisointia ja näin toiseutta.

Mielenterveysongelman, mielenterveyshäiriön ja psyykkisen sairauden - käsitteitä käytän rinnakkain kuhunkin tilanteeseen katsomallani tarkoituksenmukaisella tavalla. Mielenterveysongelmat kuvaavat ihmisen hyvinvoinnin ongelmia. Ne voivat olla tilapäisiä ja näin ohimeneviä, kuten lievä masennus, joka liittyy esimerkiksi johonkin kuormittavaan elämäntilanteeseen. Mielenterveyshäiriö on pidempikestoinen tilanne, johon tarvitaan terveydenhuollon apua. Psyykkisestä sairaudesta puhun pääsääntöisesti silloin, kun kyseessä on vakavammat mielenterveysongelmat, jotka vaativat pitkää psykiatrista hoitoa. (Holopainen & Välimäki 2000, 12-13.)

Tässä tutkielmassa Johdanto-luvun jälkeen esittelen teoreettisen viitekehyksen tutkimusaiheelle. Toisessa luvussa kerron mielenterveysongelmista ja mielenterveydestä. Kuvaan mielenterveysongelmien yleisyyttä. Avaan käsitteitä, joita käytän tutkimuksessani ja kartoitan mielenterveyden määrittelyn muutoksia historiasta nykypäivään. Psykiatrinen hoito ja mielenterveyskuntoutus ovat osin päällekkäisiä käsitteitä. On mahdotonta määritellä missä vaiheessa toipumista hoito vaihtuu kuntoutukseksi, sillä toipuminen ja kuntoutuminen alkavat jo psykiatrisessa sairaalahoidossa tai polikliinisessä avohoidossa. Näistä toimipaikoista puhutaankin psykiatrisena hoito- ja kuntoutuspaikkana. Tästä syystä toisessa luvussa kerron mielenterveysongelmista ja psykiatrisesta hoidosta, enkä jaottele mielenterveyskuntoutusta erilliseksi kappaleekseen. Tässä luvussa selvitän mielenterveysongelmien yleisyyttä sekä psykiatrisen hoidon määrää

Suomessa. Kuvaan mielenterveysongelmien hoitoa- ja kuntoutusta yleisellä tasolla.

Kolmannessa luvussa määrittelen toiseutta käsitteenä. Teen teoreettisen tarkastelun toiseudesta kuvaamalla ilmiön teoreettista tietopohjaa. Tarkastelen toiseuden kokemuksen sisältöjä eri näkökulmista käsin. Tällä tavoin luon teoreettista viitekehystä tutkimusongelmalleni. Neljännessä luvussa käsittelen tutkimusmenetelmää. Kerron päiväsaarialatoiminnasta tutkimusympäristönä ja esittelen tutkimusstrategiaan liittyviä valintoja sekä tieteenfilosofista taustaa. Lisäksi paneudun tutkimuksentekoon liittyviin eettisiin ongelmiin, mikä on erityisen tärkeää ottaen huomioon tutkimusaiheen sensitiivisyyden.

Viidennessä luvussa esittelen tutkimustulokset. Tutkimustulokset analyyseineen olen jakanut kolmeen eri alalukuun. Kuudesluku sisältää tutkimustulosten yhteenvedon sekä pohdinnan. Tutkielman loppuun olen liittänyt kopion haastattelurungosta.

2. Mielenterveys ja psykiatrinen hoito

2.1 Mielenterveys

Mielenterveys on monimuotoinen käsite ja osittain määrittelemätön (Sohlman ym. 2005). Mielenterveydestä puhuttaessa keskustelu painottuu usein mielenterveysongelmiin. Mielenterveys on kuitenkin enemmän henkilön voimavara, jonka avulla selviydytään päivittäisistä haasteista ja osallistutaan yhteiskuntaan ja perhe-elämään. Muuttuvassa yhteiskunnassa tätä voimavaraa tarvitaan, jotta henkilö pystyy suoriutumaan työelämän paineista ja muista yhteiskunnan haasteista. Kiihtyvä elämänrytmi altistaa stressille, joka haastaa mielenterveyttä. Hyvää mielenterveyttä haastaa lisäksi erilaiset elämän muutokset ja kriisitilanteet. Mielenterveyttä tulee

tukea, jotta henkilöllä säilyy kyky ylläpitää sosiaalisia kontakteja, työtä ja perhe-elämää. Mielenterveys tulisikin ehkä nähdä yhteiskunnallisena voimavarana niin, että sitä vahvistetaan luomalla suotuisat olosuhteet mielenterveyden ylläpitämiseksi erilaisissa elämäntilanteissa. Hyvä mielenterveys ylläpitää toimintakykyä ja antaa edellytykset hyvälle elämänlaadulle. (Lönnqvist & Lehtonen 2014.)

Mielenterveyden järkkyessä puhutaan psykiatrisesta sairaudesta tai mielenterveyden ongelmista. (Välimäki 2000). Mielenterveys sisältää sekä positiivisen, että negatiivisen mielenterveyden. Positiivinen mielenterveys tarkoittaa psyykkistä hyvinvointia ja sen edistämistä. Negatiivinen mielenterveys tarkoittaa häiriönäkökulmaa, eli mielenterveysongelmia ja sairauksia. (Helén ym. 2011.)

Mielenterveys voi heiketä tilapäisesti tai pitkäaikaisesti (Vorma ym. 2020). Psykiatriassa mielenterveyden määrittely lähtee häiriö- ja ongelmakeskeisestä ajattelusta. Tämä on luonnollista siinä mielessä, että näille ongelmille etsitään hoitoa lääketieteellisellä lähestymistavalla. Mielenterveysongelmien diagnosointi ja sitä myöten luokittelu auttavat parhaimman hoitomuodon valitsemisessa psykiatrisessa hoitotyössä. Diagnosoinnissa on välttämätöntä vetää tietyt rajat hoidon määrittelemiseksi. Lääkäri analysoi henkilön persoonallisuutta, oireita ja toimintakykyä. Kun henkilöllä on tietty määrä tietyntylaisia oireita ja piirteitä, lääkäri voi diagnosoida hänelle psykiatrisen häiriön. (Lönnqvist 2014.) Normaalin ja patologisen raja riippuu kulttuurissa ja yhteiskunnassa vallitsevasta ihmiskäsityksestä (Lönnqvist 2014, 13). Yhteiskunnassa vallitseva kulttuuri ja ajattelutapa ”normaalista” vaikuttaa siis siihen mitkä ovat psykiatrisen sairauden tunnusmerkit. (Järvensivu ym. 2018).

Mielenterveyttä ja mielenterveysongelmia voidaan tarkastella erilaisista

näkökulmista. Helén (2011) tarkastelee mielenterveysongelmia kahdesta eri lähtökohdasta katsoen. Nämä mallit ovat yhteiskunnallis-rakenteellinen malli ja lääketieteellis-psykiatrinen malli. Mielenterveyden parissa työskentelevät ammattilaiset katsovat asiaa lääketieteellis-psykiatrisen mallin mukaan. Tällöin mielenterveyden ongelmat määritellään psykiatrisena ongelmana yksilölähtöisesti. Yhteiskunnallis-rakenteellinen malli sen sijaan lähtee yhteiskunnasta ja sen rakenteista. Ajatuksen mukaan yhteiskunnan rakenteisiin tulisi vaikuttaa, jotta voidaan vaikuttaa mielenterveysongelmien esiintyvyyteen. (Helén ym. 2011, 22-24.) Molempia malleja tarvitaan, jotta mielenterveyteen ja mielenterveysongelmiin pystytään vaikuttamaan. Tarvitaan siltoja ehkäisevän ja rakenteellisen työn sekä psykiatrisen hoito- ja kuntoutustyön välille (Vorma ym. 2020).

Mielenterveyshäiriöiden yleisyydestä kertoo osaltaan Kelan tilastot myönnettyistä sairaspäivärahoista mielenterveydenhäiriöiden perusteella. Mielenterveyden häiriö on yhä useammin sairauspäivärahan perusteena. Noin 74300 henkilöä sai sairaspäivärahaa mielenterveyden häiriön perusteella vuonna 2018. OECD:n raportissa Suomi on EU-maiden kärjessä mielenterveysongelmien yleisyydessä: 18 %:lla suomalaisista arvioidaan olevan jokin mielenterveysongelma. OECD arvioi mielenterveyden ongelmien kustannusten olevan Suomessa 5,3 % bruttokansantuotteesta, joka on sekin Euroopan korkeimpia lukuja. On muistettava myös se, että suuri osa mielenterveydenhäiriöistä kärsivistä ovat työelämän ulkopuolella, eivätkä he yleensä näy esimerkiksi sairaspöytäkirjoissa. (Kela 2020)

Mielenterveyden ongelmat ovat suuri kansanterveydellinen haaste. Mielenterveydenhaasteita on lähes jokaisella ihmisellä jossain elämän vaiheessa (Vorma ym. 2020). Kyse on lähinnä siitä, mikä määritellään normaaliksi elämän kriisitilanteeksi ja mielialan vaihteluksi ja mikä mielenterveydenhaasteeksi (Kaltiala- Heino ym. 2001). Vaikka

elinajanodote ja somaattiset sairaudet ovat vähentyneet, niin vastaavaa tulosta ei ole saavutettu psykiatrisissa sairauksissa. (Vorma ym. 2020).

2.2 Mielenterveysongelmien ja -hoidon historiaa

Goffman (1969) kuvailee mielenterveyskuntoutujien hoidon historiaa niin, että aiemmin mielenterveysongelmista kärsivät suljettiin laitoksiin, jotka olivat erillään muusta yhteiskunnasta ja niissä vietettiin pitkiäkin aikoja. Tällöin mielenterveyskuntoutujien toiseus oli hyvin konkreettista, sillä heillä ei ollut mitään mahdollisuuksia osallistua normaaliin yhteiskuntaelämään, vaan kaikki toiminnot suoritettiin sen aikaisen mielisairaalan sisällä. Tällaisista suljetuista laitoksista eli kaikenlaisia käsityksiä, sillä valtaväestöllä ei ollut mitään tietoa siitä, minkälaista elämä mielisairaalassa oli. Saatettiin uskoa, että mielenterveysongelmista kärsivä on tehnyt syntiä, josta häntä ylempi voima rankaisee tai hän on pahojen voimien vietävissä. Uskottiin, että sellaisten ihmisten kanssa ei kannata olla missään tekemisissä. Mielisairaaloissa oli oma kulttuurinsa. Niissä saatettiin viettää hyvin kurinalaista elämää autoritaarisessa hoitokulttuurissa. (Goffman 1969.)

Suomeen tuli ensimmäinen mielisairaala vuonna 1834 Helsingin Lapinlahteen ja ensimmäinen mielisairaslaki säädettiin vuonna 1840. Tällöin lääkäreille ei ollut juurikaanpsykiatrasta koulutusta, vaan lääkärit lukivat muiden lääkärrien kirjoittamia potilaskeromuksia. Psykoanalyysi tuli Suomeen samoihin aikoihin. Tätä uutta keskusteluhoitoa alettiin harjoittamaan myös mielisairaaloissa. Mielisairaalassa oli nykyakana karulta kuulostavia erilaisia hoitomuotoja, kutenkuumat kylvyt, eristäminen tyhjään huoneeseen, sähköhoito sekä äärimmäisessä tapauksessa leikkaushoito, lobotomia. (Parpola 2013.) Näistä hoitomuodoista sähköhoitoa käytetään edelleen masennuksen hoidossa sekä kylpyjä ahdistuksenhallinta keinona.

Hyvinvointivaltion rakennuskaudella alettiin korjaamaan mielenterveyspalveluja. 1960-luvulla alettiin puhua mielenterveystyöstä ja psykiatrisia huoltotoimistoja alettiin kutsua mielenterveystoimistoiksi (Helén ym. 2011). Vuonna 1967 katse kääntyi mielisairaiden, asunnottomien ja vankien elinoloihin ja syntyi Marraskuunliike. Tämän liikkeen tarkoitus oli parantaa näiden ihmisten elämänlaatua ja muuttaa asenneilmapiiriä parempaan suuntaan. Marraskuun liikkeen eteenpäinviejäksi profiloitui psykiatri Ilkka Taipale. Psykiatrinen hoito on ollut läpi historian sidoksissa yhteiskunnassa vallitsevaan ihmiskuvaan ja ihmiskäsitykseen. Tämän ihmiskäsityksen pohjalta on hoidettu potilaita ja määritelty se, milloin potilas on parantunut sairaudestaan niin, että hän voi palata normaaliin yhteiskuntaelämään. (Parpola 2013.)

1960- ja 70-lukujen mielenterveyspoliittisten ohjelmien jälkeen medikalisaatio ja lääketieteellis-psykiatrinen malli nousi jälleen enemmän esille. 1980-luvulla alkoi laitoshuollon purku. Vanhoja mielisairaaloita lakkautettiin ja psykiatrasta hoitoa keskitettiin avohuoltoon. (Helén ym. 2011.)

2.3 Psykiatrinen hoito- ja kuntoutus

Terveystenhuolto jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Avohoidon psykiatriset poliklinikat kuuluvat jo suurimmassa osassa kunnista perusterveydenhoitoon (Mäkitalo 2000, 82). Nykyään laitoshuoltoa vähennetään jatkuvasti ja hoito pyritään toteuttamaan avohuollon tukitoimin. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että pääasiallinen hoito tapahtuu perustasolla terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa psykiatrian poliklinikoilla. Laitoshuoltoa on erikoissairaanhoidon sairaalatoiminta. Laitoshuoltoon kuuluu akuutti- ja kuntoutusosastot. Laitoshuoltoon pääsee silloin, kun avohoito ei ole riittävää. Laitoshuolto on yleensä lyhytkestoista ympärivuorokautista hoitoa.

Psykiatrasta laitoshoidoa pyritään jatkuvasti vähentämään keskittämällä potilaiden hoito avohoitoon. THL (2020) tilastotiedon mukaan Suomessa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin vuonna 2018 yhteensä 196 242 potilasta. Potilaita oli vuodeosastohoidossa 24 881 ja avohoidossa 192 557. Vuonna 2018 päättäneiden vuodeosastohoidon hoitajaksojen määrä oli 38 111. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa käyntejä oli 2,2 miljoonaa (THL 2020). Suomen väkiluku on noin 5,5 miljonaa ihmistä, joten noin 3,6 prosenttia suomalaisista on ollut psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoidettavana vuonna 2018. Tämän tutkimuksen tutkimusympäristönä toimiva päiväsairaala kuuluu avohuoltoon, vaikka siitä puhutaan sairaalana.

Terveyspalveluiden järjestäminen on kuntien vastuulla.

Mielenterveyskuntoutuksen palvelujärjestelmä on aina ollut sekoitus julkisten- ja yksityisten palvelun tuottajien tarjoamia erilaisia mielenterveyden kuntoutuspalveluja. Järjestelmän monimutkaisuuden vuoksi on vaikea tietää mistä palveluita saa ja minkälaisia palveluita on tarjolla. Koska kuntoutustarve on aina yksilöllinen ja järjestelmä pirstaleinen, tarvitaan laajaa asiantuntemusta kullekin kuntoutujalle sopivan kuntoutuspolun löytämiseksi. (Puumalainen 2008, 19.)

Mielenterveyskuntoutus käsittää laajan palveluverkoston. Erilaisia kuntoutuksia on eri palveluntarjoajien järjestäminä sekä rahoittamina. Erilaisiin kuntoutusvaihtoehtoihin liittyy erilaiset hakumenettelyt ja ne ovat kytköksissä eri sosiaalietuksiin. Kuntoutusta voidaan tarjota erilaisin kriteerein. Henkilön tulee olla esimerkiksi hoidossa tietyllä diagnoosilla tai henkilöllä tulee täyttyä tietyt sairasanjanetuuksiin tai työttömyyteen liittyvät ehdot. Palvelujärjestelmän sisäistä yhteistyötä tulee kehittää niin, että vastuu ja työnjako ovat selkeät. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001). Palvelujärjestelmän pirstaleisuus luo haasteita löytää kulloinkin sopiva hoito ja kuntoutus mielenterveyskuntoutujille. Tämän vuoksi asiakkaalla tulisi olla aina tieto siitä keneen henkilöön voi tarvittaessa ottaa yhteyttä hoitoon

ja kuntoutukseen liittyvissä asioissa (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001; Metteri 2012).

Mielenterveyskuntoutuksen tavoite on työkyvyn ylläpito tai toimintakyvyn palautuminen niin, että voi palata työelämään. Tällöin huomio kiinnitetään positiiviseen mielenterveyteen, joka on toimintakyvyn vahvistamista ja mielenterveyden näkemistä voimavarana. Nyky-yhteiskunnassa työelämän vaatimukset ovat koventuneet niin, että saattaa olla vaikea palata siihen työhön mistä on jäänyt työkyvyttömäksi. Työllistymismahdollisuuksia tulisi olla myös kuntoutujille erilaisin toimenpitein tuettuina. (Pylkkänen & Moilanen 2008, 168-181.)

Kuntoutumisessa tärkeää on kuntoutujan oma motivaatio, jota uhkaa monesti se, että psykologinen ja psykiatrinen auttamistyö näkee mielenterveysongelmat häiriö- ja sairauskeskeisesti. Mikäli kuntoutuja nähdään passiivisen avun vastaanottajana, ei kuntoutumisen lähtökohdat täyty. Hyvinä lähtökohtina voidaan nähdä kuntoutujien omien voimavarojen etsiminen sekä myönteisen toiminnan edistäminen, eikä psyykkisen häiriön poistaminen. (Riikonen 2008, 159.)

3. Toiseus

3.1 Eriarvoistava toiseus

Löytyn (2005) mukaan ontologisen ajattelun mukaan on olemassa ykseys, joka jättää ulkopuolelle toiseuden. Toiseus on samuuden kieltämistä ja rajan vetämistä meihin ja heihin. Samalla kun väitetään toisella ryhmällä olevan jokin ominaisuus, tullaan väittäneeksi, että itsellä kyseistä ominaisuutta ei ole. Toiseus sisältää aina arvolatauksen niin, että toiset ovat vähempiarvoisia kuin itse ja valtaväestö. Arvojärjestyksessä aina toinen on alempana kuin ensimmäinen. Kyse on siitä, miltä toiset näyttävät ylhäältä

päin katsottuna. Ensimmäisyyttä ei ole ilman toiseutta. Puhe ensimmäisyydestä sisältää oletuksia. Nämä oletukset viittaavat yleensä joihinkin negatiivisiin ominaisuuksiin. (Löytty 2005.)

Baumanin (1997) mukaan ihmisillä on luontainen taipumus tehdä jakoja meidän ja heidän välillä. Jakojen määritelmät vaihtelevat tilanteista riippuen. Ihminen liittyy tiettyjä ominaisuuksia itsen ja kanssa ihmisiin. Ominaisuudet joita pidetään hyvinä ja hyväksyttävänä, mielletään sisäryhmään kuuluviksi eli ne liittyvät itsen ja meihin. Vastapuoleen kuuluvilla näitä ominaisuuksia ei ole. Vastapuolen ominaisuudet ovat päin vastoin sellaisia, joita ei hyväksytä. Näitä ominaisuuksia tai käyttäytymismalleja usein liioitellaan ja ominaisuuksia pidetään huonompina kuin ne todellisuudessa ovat. Ulkopuolen ja sisäpuolen rakentaminen luo eheyttä sisäryhmään. Tällöin voidaan kokea yhteenkuuluvuutta sisäryhmän kanssa. Näin sisäryhmään kuulumista arvostetaan siihen liittyvien ominaisuuksien ja käytöstapojen vuoksi. Ihminen haluaa kuulua sisäryhmään kokeakseen omaavansa sisäryhmän hyviä ominaisuuksia. Ulkoryhmää kohtaan saatetaan kokea pelkoa ja ennakkoluuloja, sillä ei tiedetä mitä ulkoryhmässä tapahtuu. Ulkoryhmä saattaa herättää epäluottamusta. Ennakkoluulot herättävät negatiivisia tunteita ulkoryhmää kohtaan. Eri ihmiset ovat eri tavalla herkkiä luomaan ennakkoluuloja sekä sopeutumaan elämään niiden ihmisten kanssa, jotka kuuluvat ulkoryhmään. Toiset kokevat helpommin vastakohtia ja tekevät herkemmin jakoja meidän ja muiden välillä. Heidän voi olla vaikea hyväksyä poikkeavaa käyttäytymistä. Toiset sen sijaan voivat elää onnellisina hyvin erilaisten ihmisten ja elämäntapojen keskellä. (Bauman 1997.)

Toiseutta voidaan tarkastella Jokisen ym (2004) mukaan myös marginaalin ja keskuksen käsitteiden kautta. Marginaali on aina suhteessa keskukseen. Siten ei ole olemassa keskusta ilman reunoja. Toiseus on syrjässä olemista ja

siten kuulumista marginaaliin eikä keskukseen. Keskuksen ja marginaalin välillä on valtasuhteita. Marginaaliin sijoittuminen voi olla myöskin itse valittua, jolloin dynamiikka on hieman erilainen, kun siellä ollaan pakosta. Marginaalit ovat dynaamisia ja ihminen voi olla eri elämän osa-alueilla marginaalissa ja toisissa ei. Mielenterveyskuntoutuja voi olla marginaalissa mielenterveysongelman omaavana, mutta työelämässä siitä huolimatta keskuksen sisällä. (Jokinen ym. 2004, 13-14.)

Hyvinvointivaltion käytännöt marginaalissa elävien ryhmien tunnistamiseen ja takaisin keskuksen vetämiseen voivat tuottaa itsessään lisää marginaalisuutta, vaikka tarkoitus on lisätä tasavertaisuutta. Näin sosiaalityö käytännön työnä on osa tätä prosessia määritellessään ihmisten hyvinvoinnin ongelmia. Normaalin ja marginaalin erottaa usein asettelu toivottavan ja ei-toivottavan elämänkulun toteutumisesta. (Jokinen ym. 2004.)

Toiseksi tekemistä tapahtuu, kun ihmiset tulevat nähdyksi ja kohdelluksi yleisten kategorioiden mukaan, eivätkä yksilöinä. Nämä kategoriat tuottavat marginaaleja silloin kun niihin liitetään negatiivisia asioita. Marginaaleja tuotetaan jatkuvasti jokapäiväisessä elämässä. Joka päivä rakennetaan käsitystä siitä ketä me olemme ja ketä ”toiset” ovat. Toisiin halutaan tehdä selvää eroa. Tätä eroa tehdään niin sanallisesti kuin sanattomasti. Sanaton eronteko on marginaalissa elävän kohtelua niin, että hänet esimerkiksi suljetaan ulos tietyistä palveluista tai eduista. (Jokinen ym. 2004, 10-11.)

Löytyn (2005) mukaan toiseuden käsitteen käyttöön liittyy pyrkimys purkaa näitä rajoja. Se mitä pidetään normaalina vaihtelee ajassa ja paikassa. Toisuus riippuu katsojan positiosta, mikä näyttää normaalilta ja mikä ei. Toisuus on yleistys. Stereotyypittelyä kuitenkin tarvitaan, kun hahmotellaan kokonaiskuvaa ja hallintaa. Toiseudessa yleensä ajatellaan että toiset

muodostavat yhtenäisemmän ryhmän ja ovat muuttumattomia. Pitäisi ottaa huomioon, että molemmat ryhmät sisältävät eroja. Dualismi tuottaa ongelmia kaksijakoisuudessaan. Poikkeus aina vahvistaa normia. (Löytty 2005, 9-11.)

Toiseus liittyy syrjäytymiseen. Syrjäytyneet halutaan palauttaa yhteiskuntaan ja yhteyteen, mutta heidät myös samanaikaisesti halutaan pitää toisina (Helne 2002). Syrjäytyminen tarkoittaa jonkin ulkopuolella olemista. Se on prosessi jossa henkilö joutuu jonkin tilan ulkopuolelle. Syrjäytymisen sijaan puhutaan myös syrjäyttämisestä, jolloin henkilö on yhteiskunnallisten toimien johdosta jäänyt ulkopuolelle. Syrjäytymisessä on kyse Hännisen (2007) mukaan moninaisesta ilmiöstä ja tapahtumaketjusta, joka tapahtuu eri yhteiskunnan areenoilla. Hänen mukaansa syrjäyttäminen on siinä mielessä huono käsite, koska se antaa kuvan, että syrjäyttäminen olisi tarkoituksenmukaista. (Hänninen 2007, 6.)

Puhuttaessa syrjäytyneistä, ajatellaan heidän omaavan tiettyjä piirteitä. Nämä piirteet ovat ei-toivottuja. Syrjäytyneiden oletetaan käyttäytyvän tietyllä tavalla. Tällöin vastuu nähdään yksilöissä itsessään eikä yhteiskunnassa. Vastuun ollessa vain yksilöllä, myös syrjäytymistä ehkäisevät toimet ovat sellaisia, jotka vastuuttavat yksilöitä eivätkä yhteiskuntaa (Kulmala 2004, 82).

3.2 Kategorisointi

Vallitseva kulttuuri vaikuttaa siihen minkälaisia kategorioita ihmiset muodostavat toisistaan. Käsitykset normaaleista ja toivotuista ominaisuuksista vaihtelevat yhteiskunnissa niiden kulttuurisidonnaisuuden vuoksi. Ihmisille on luontaista luokitella muita ihmisiä. Tätä tapahtuu jokapäiväisessä elämässä. Tavatessamme tuntemattoman ihmisen

huomioimme hänestä sukupuolen, iän ja joukon muita ulkoisia ominaisuuksia. Keskustelussa, kun haluamme tutustua ihmiseen, kysymme usein ensimmäisenä työstä tai asuinpaikasta. Näin yritämme luoda käsitystä keskustelukumppanistamme ja asetamme hänet yhteen tai useampaan kategoriaan. (Kulmala 2004.)

Jotkut kategoriat määrittelevät ihmistä enemmän kuin muut. Tällöin kuuluminen yhteen kategoriaan, liittyy samalla henkilön moneen muuhunkin kategoriaan samanaikaisesti, vaikka se ei pitäisikään paikkansa. Tällöin yksi kategoria määrittelee muutkin ominaisuudet valmiiksi. Tällaisia kategorioita ovat esimerkiksi johonkin terveys- tai sosiaalihuollon palveluun kuuluminen (Kulmala 2004, 68). Tällöin on vaarana, että henkilöä kohdellaan tietyllä tavalla, koska hän kuuluu johonkin kategoriaan. On erityisen haitallista, jos tiettyä leimaa kantavalta sulkeutuu mahdollisuuksia joihinkin palveluihin, kun häntä kohdellaan ennakkokäsitysten mukaan. Tällöin henkilö ei välttämättä saa edes mahdollisuutta tehdä selontekoa elämäntilanteestaan. (Kulmala 2004, 68)

Kategorisoinnin avulla tuotetaan leimaantumista, toiseutta ja erilaisuutta (Wendell 1996). Kulmalan mukaan ihminen rakentaa itseään ulkopuolelta annettujen kategorioiden mukaan. Psykiatrinen diagnoosi on vahvasti ihmistä kategorisoiva väline (Kulmala 2004.) Potilaan diagnosointiin liittyy monta ulottuvuutta. Nykyajan diagnosointia tehdään lähinnä bio-medikaalisesta ulottuvuudesta katsoen. Tämä näkökulma sisältää potilaan oireiden tulkinnan erityisesti sairaudesta käsin. Diagnosoimisen apuna käytetään usein oireisiin liittyviä testejä, esimerkiksi BDI-masennuskyselylomaketta masennuksen diagnosoinnissa. Tällöin keskitytään vain potilaan oireisiin eikä hänen elämäntilanteeseensa. Masennustestit ovat nopeita ja yksinkertaisia tehdä potilaille ja niiden tulkinta on helppoa valmiiden pistemääräluokkien perusteella. Erilaisin kyselyiden ja testien ja niiden perusteella tehtävien diagnosointien avulla

mielenterveysongelmista tulee hallittava ilmiö. Todellisuudessa diagnosointi ei kuitenkaan kerro mitään oireiden alkuperäisistä syistä, mutta niitä selitetään annetun diagnoosiin vedoten. (Järvensivu ym. 2018.)

Diagnosointi määrittelee sitä, mitä oireita pidetään sairautena (Helén ym. 2011). Diagnoosista seurannut sairastuneen kategoria on kaksijakoinen. Toisaalta diagnoosi avaa ovia etuuksiin ja palveluiden piiriin, mutta toisaalta diagnoosi leimaa ja rajoittaa elämää. Joskus diagnosointia tarvitaan yksinkertaisesti siitä syystä, että lääkäri voi myöntää potilaalle sairauslomaa ja hän pääsee näin sairaskorvauksen piiriin. (Järvensivu ym. 2018.)

3.3 Stigma ja leimautuminen

Goffmanin (1996) mukaan sairauksiin, joihin liittyy stigmatisointia, liittyy huonommuutta, moraalista heikkoutta ja syyllisyyttä. Stigma on henkilön omassa kokemuksessa. Siihen kuuluu syrjinnän pelkoa ja häpeää. Stigman alkuperä käsitteenä juontaa juurensa antiikin Kreikkaan, jossa orjia ja rikollisia merkittiin fyysisesti. Ruumiissa olevaa merkkiä kutsuttiin stigmaksi. Tämä merkki kertoi alemmuudesta ja moraalisesta huonommuudesta. (Goffman, 1996.)

On erilaisia näkemyksiä siitä, miten stigma syntyy. Goffmanin (1996) mukaan stigma syntyy jostakin henkilön piirteestä tai olemuksesta, joka jollakin tavalla häpäisee hänet. Tällöin stigma syntyy sen kantajasta käsin. Toisaalta voidaan ajatella niin, että stigman luovat muut henkilöt eivätkä stigman kantajat. Tällöin kyse on tavasta luokitella ja arvostella erilaisia ihmisiä tietynlaisena joukkona, jolloin tietyt piirteet yhdistetään tietynlaisiin ihmisiin. (Goffman 1996.)

Stigma vaikuttaa henkilön sosiaalisiin suhteisiin. Se pienentää henkilön sosiaalista verkostoa, aiheuttaa usein syrjintää ja vaikeuttaa sosiaalista vuorovaikutusta esimerkiksi työpaikalla. Jos mielenterveysongelmat aiheuttavat työstä poisjääntiä tai työpaikan menetystä, vähentää se edelleen henkilön sosiaalisten suhteiden määrää. (Rovamo & Toikko 2009.)

Stigma ei muodostu tai häviä rationaalisesti ajateltuna. Siihen liittyy paljon muutakin kuin todellinen uhka kansan terveydelle tai turvallisuudelle. Mielisairaita on pidetty uhkana johtuen heidän arvaamattomasta käytöksestään (Williams 1987). Mikäli vuorovaikutuksessa syntyy ahdistusta ja pelkoa, eikä toisen osapuolen käytöstä voida ymmärtää, syntyy halu suojella muita ja eristää oudosti käyttäytyvä ulkopuolelle (Kaltiala-Heino 2001). Sairauksiin liittyy stereotyyppisiä asenteita ja uskomuksia. Näiden kautta sairastuneet mielletään vähempiarvoisiksi (Williams 1987).

Mielenterveysongelmat stigmatisoidaan helpommin, kuin somaattiset sairaudet, koska ne ilmenevät käyttäytymisen tasolla ja niiden erottaminen ihmisen persoonallisuudesta on hankalaa. Siksi ne mielletään helposti osaksi ihmistä itseään eikä vain sairaudeksi, josta henkilö kärsii. (Williams 1987.)

Potilaat yleensä pelkäävät diagnoosin saamista, koska diagnoosiin liitetään vahvasti tietynlaiset ominaisuudet. Vaikka monet ovat kiinnostuneita lääkärin tulkinnasta ja odottavat vastauksia oireilleen, diagnoosin saaminen on pelottavaa. Tämä johtuu osaltaan siitä, että diagnoosit mielletään leimaaviksi, sillä ne aiheuttaen potilaalle negatiivisen stigman. (Pehkonen ym. 2019, 106-107.) Negatiivinen stigma erottaa potilaan valtaväestöstä ja luo näin toiseutta. Diagnoosin stigmatisoivaa vaikutusta tulisi pyrkiä lievittämään psykiatrisessa hoitotyössä keskusteluissa potilaan kanssa sen häpeää tuottavien tunteiden vuoksi. Häpeän tunne saattaa huonontaa

potilaan vointia entisestään (Rechard & Ikonen 1994).

Leimautumisella tarkoitetaan sitä, että sosiaalinen identiteetti on ulkoapäin määritelty niin, että se saa negatiivisen sävyn. Sosiaalinen ja henkilökohtainen identiteetti kietoutuva yhteen ja siten leima vaikuttaa myös henkilökohtaiseen identiteettiin. Leimattuun identiteettiin liittyy aina ihmisen liittäminen johonkin tiettyyn ryhmään, jolla on tietyn tyyppisiä ominaisuuksia. Näillä ominaisuuksilla on negatiivinen sävy. (Virokannas 2004.)

Identiteetistä puhutaan paljon yhtenä käsitteenä. Se on kuitenkin moninainen kokonaisuus. Meadin (1934) mukaan identiteetti koostuu kahdesta ”minästä”, jotka ovat objektiminä ja subjektiminä. Objektiminä syntyy ympäröivästä yhteiskunnasta ja subjektiminä sisäisestä todellisuudesta. Näin identiteetti muovautuu sekä sosiaalisesti, että sisäisesti. Identiteetin osa-alueet muodostavat kokonaisuuden, joka tuottaa tietynlaista käyttäytymistä. (Mead 1934.)

Vastapuheella tarkoitetaan sitä, kun ihminen kyseenalaistaa häneen kohdistuneita odotuksia ja määritelmiä sekä pyrkii muuttamaan niitä (Jokinen ym. 2004,11). Leimattuun identiteettiin liittyy vastapuhetta. Kulmala (2004) kirjoittaa tutkielmassaan, että vastapuhe saattaa esiintyä niin kommentointina ennakkokäsityksiä vastaan, kuin vaikenemisena ja vetäytymisenäkin. Kategorioita ei hyväksytä automaattisesti osaksi omaa sosiaalista identiteettiä vaan ihminen rakentaa sosiaalista identiteettiään suhteessa henkilökohtaiseen identiteettiinsä. Vastapuhe kuvastaa sitä, ettei ulkoapäin annettuja ominaisuuksia sisällytetä osaksi omaa identiteettiä automaattisesti. (Kulmala 2004.)

Goffman (1968) puhuu leimaantumisesta ja stigmatisoinnista niin, että ne ovat osa ketä tahansa. Ne tapahtuvat siis sosiaalisissa suhteissa eivätkä ole osa ihmisen persoonaa. (Goffman 1968.) Marginaalissa eläviltä ihmisiltä puuttuu sellaisia asioita, joita pidetään hyvän elämän edellytyksinä.

Ihmisten objektivointia on heidän määrittely toiseuteen ja poikkeavuuteen ja leimaaminen yhden ominaisuuden perusteella. (Granfelt 1998, 95-96.)

Ryhmään kuuluvilla ei välttämättä ole mitään muuta yhtäläisyyttä kuin tämä kyseinen piirre (Pohjola 1994).

4. Tutkimusmetodologia

4.1 Fenomenologinen lähestymistapa

Fenomenologia on tieteenfilosofinen suuntaus, jossa tutkitaan ihmisten kokemuksia ja havaintoja (Koppa 2020). Se on tapa kyseenalaistaa ja tutkia ilmiöitä. Fenomenologisessa lähestymistavassa on pyrkimys kuvata, miten todellisuus koetaan (Miettinen ym. 2010, 10). Tässä tutkielmassa tutkin haastateltavien mielenterveyskuntoutujien kokemuksia siitä, millä tavoin he ovat mieltäneet asiat ja tapahtumat, joita he ovat kohdanneet elämässään. Näitä kokemuksia tutkimalla, mielenterveyskuntoutujien oma ääni tulee kuulluksi. Fenomenologisessa tutkimustavassa tutkitaan koko ilmiötä, eikä vain sen yhtä osaa tietystä näkökulmasta (Miettinen ym. 2010).

Halusin selvittää mitä toiseus on, ja miten toiseus ilmenee haastateltavien elämässä. Lähdin selvittämään toiseutta ilmiönä mielenterveyskuntoutujien elämässä sen kaikista ilmenemismuodoista lähtien. Pyrkimykseni on kuvata ilmiötä eletyn elämän kokemusmaailman kautta.

Fenomenologia on lähestymistapa, jolla voidaan kuvata ilmiöiden sosiaalisen todellisuuden rakentumista ja monimutkaisia merkityssuhteita (Miettinen ym. 2010). Minulla ei ollut tarkkaa ennakko-oletusta siitä,

minkälaisia tuloksia tulisin saamaan vaan lähdin selvittämään avoimesti ja ilman ennalta määrättyjä oletuksia tutkimuskohteena olevaa ilmiötä. Fenomenologisessa analyysissä tutkija analysoi avoimin mielin tutkimustuloksia. (Koppa 2020.) Fenomenologia on kuvailevaa tutkimusta. Sen tarkoituksena ei ole selvittää tarkasti mikä on tietyn asian syy ja sen seuraus. Luonnontieteissä on tapana kuvata tarkasti muuttujat ja tutkia mitkä muuttujat vaikuttavat eri todennäköisyyksin tutkittavaan ilmiöön. Tällöin asetetaan hypoteesit, joista toinen astuu voimaan tutkimustulosten myötä. Tässä tutkielmassa ei ole mitään hypoteesejä tai muuttujia vaan tutkielman lähtökohtana on ollut avoimuus kaikenlaisille tutkimustuloksille. (Miettinen ym. 2010.)

4.2 Tutkimusaineisto

Tutkimustehtävä oli aluksi selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemuksia vertaistuesta. Se kuitenkin muuttui tutkimusprosessin aikana. Tutkimustehtävä muotoutui laajemmaksi tarpeeksi saada tietoa mielenterveyskuntoutujien kokemuksista toiseudesta. Halusin saada tietoa heidän kokemuksistaan psykiatrisesta hoidosta sekä siitä, miten mielenterveysongelmat ovat vaikuttaneet heidän elämäänsä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveyskuntoutujien kokemuksista, siitä millä tavoin mielenterveysongelmat ovat tuoneet toiseutta ja tuottaneet toiseuden tunteita.

Sosiaalityön tieto koostuu osaltaan ihmisen situaatiosta yhteiskuntaan. Sosiaalityön tietokohteena on usein ihmisten kokemukset ja kuinka he itse ymmärtävät ne. Tämän tutkielman tarkoitus on tuoda tietoa näistä kokemuksista ja niiden merkityksistä sosiaalitieteellisestä näkökulmasta. Tutkielman tekoa ja aineiston analyysia ohjaa Lauri Rauhalan holistinen ihmiskäsitys. Rauhala (1988) jakaa ihmisen olemassaolon kolmeen eri luokkaan, jotka ovat: tajunnallisuus, kehoallisuus ja situationaalisuus.

Tajunnallisuuteen kuuluu ihmisen henkis-psyyykinen olemmassaolo, johon kuuluu olennaisesti ihmisen kokemusmaailma. Kehollisuuteen kuuluu ihmisen orgaaninen elimistö. Situationaalisuuteen kuuluu ihmisen suhde maailmaan, jossa hän elää. Situaatio käsittää myös elämäntilanteen. Ihminen liittyy maailmaan situaationsa kautta. (Rauhala 1988, 32-34.)

Ihmiskäsitys vaikuttaa meidän perusasenteeseemme toista ihmistä kohtaan. Se vaikuttaa kaikkiin ihmissuhteisiimme. Eri ammattikunnilla voidaan sanoa olevan erilaiset ihmiskäsitykset. Tämä ilmentää sitä, minkälaisin perusolettamuksin ihminen kohdataan asiakastyössä. Ihmiskäsitys ohjaa sitä, minkälaisia merkityksiä ihmisen kohtaaminen ja hänen antamaa kuva itsestään ja tilanteestaan antaa tämän vastaanottajalle. Sosiaalityössä ajatellaan melko yleisesti ihmisen olevan suhteessa hänen situaatioonsa ja näin hänen elämäntilanne ja ympäristö vaikuttavat suurelta osin siihen, minkälaisia hänen ongelmat ja voimavarat ovat, sekä siihen, mihin hän itse kokee tarvitsevänsä apua.

Rauhalan (1988) mukaan ilmeistä tilanteen muuttuessa myös henkilön suhtautuminen itseen ja omaan tilanteeseen muuttuu. Kun muutetaan tilanteen vaikuttavia tekijöitä, myös ihmisen kokemus muuttuu. Näin ollen esimerkiksi masennuksen kokemus saattaa lievitä, kun taloudellinen tilanne helpottuu. Kokemuksen muuttuessa, myös masennuksen orgaaninen syntyperä muuttuu. Kokemus on hermostollinen tapahtuma, jolla on vaikutus aivoihin eli ihmisen tajunnallisuuteen. (Rauhala 1988, 60.) Rauhalan ihmiskäsityksen myötä tutkimuksen lähtökohtaisena perusajatuksena on ihmisen kokonaisvaltaisen tilanteen huomioonottaminen, kun tarkastellaan hänen kokemuksiaan ja mielenterveyttään.

Tutkimussuunnitelma on muuttunut tutkimuksen teon yhteydessä, kuten

laadulliselle tutkimukselle on luonteenomaista (Eskola & Suoranta 1999, 16). Aluksi tutkimussuunnitelmana oli tukia lähinnä vertaistuen merkitystä päiväsaitalan potilaiden elämässä, mutta aineiston kerättyäni, huomasin sieltä nousevan paljon laajemman kokonaisuuden, jonka koin tärkeäksi nostaa esille. Vertaistuki ja siihen liittyvät elementit muodostavat siten vain yhden teeman koko tutkimusaineistossa.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda kokemustietoa mielenterveyskuntoutujien elämästä. Tutkimuksen tehtävä on analysoida sitä, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet mielenterveysongelmista kärsivien toiseuden kokemuksiin ja miten ne ovat vaikuttaneet heidän elämäänsä sekä mielenterveyden ongelmista kuntoutumiseen. Tutkimus tuo käytännön tietoa siitä, minkälaisiin haasteisiin mielenterveyskuntoutajat törmäävät hoidossa ja palveluissa sekä siitä, millä tavoin toiseus vaikuttaa ihmisten hyvinvointiin. Tietoa voidaan soveltaa sosiaalityön käytäntöihin mielenterveysongelmien parissa tehtävässä työssä.

Tutkimusaineisto on kerätty psykiatrisesta päiväsaitalasta. Psykiatrinen päiväsaitalatoiminta vaihtelee sisällöltään hieman eri kaupungeissa. Kuvaan tässä yhteydessä tämän tutkimuksen toimintaympäristönä ollutta päiväsaitalaa. Päiväsaitalatoiminta on osa psykiatrasta avohoitoa. Päiväsaitalatoimintaa tarjotaan potilaille, joille avohuollon muut tukitoimet ovat riittämättömiä, mutta ympärivuorokautiseen hoitoon ei ole tarvetta. Päiväsaitalassa tarjotaan sellaista tutkimusta ja hoitoa potilaille, joiden katsotaan tukevan heidän elämänhallintaansa ja toimintakykyään. (Sahlsten 2009.)

Päiväsaitalatoiminnan prosessikuvaus painottaa potilaan omaa vastuuta ja motivaatiota kuntoutua. Prosessikuvauksessa painotetaan, että päiväsaitalahoidon tavoitteena on rohkaista potilaita aktiivisesti

parantamaan toimintakykyään, opettelemaan vuorovaikutustaitoja ja selvittää omaa elämäntilannettaan. Kuvauksen mukaan hoidosta hyötyvät ne, jotka ovat motivoituneita toimimaan itsensä hyväksi. (Sahlsten 2009). Prosessikuvauksessa on myös potilaan tukemista kuvaavaa toimintaa. Kuvauksen mukaan päiväsaairalahoidon tavoite on tukea potilaan elämäntilannetta ja voimavaroja sekä mahdollistaa työelämään paluuta. Jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, jonka toteuttamiseen osallistuu moniammatillinen tiimi. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi ja sosiaalityöntekijä. (Sahlsten 2009.)

Tutkimusaineisto koostuu kahdeksasta haastattelusta, jotka olen kerännyt haastattelemalla erään psykiatrisen päiväsaairalan potilaita. Päiväsaairalassa potilaat käyvät arkipäivisin aamu kahdeksasta iltapäivän kello kolmeen. Päiväsaairalan päivä koostuu yksilö- ja ryhmätapaamisista psykiatristen sairaanhoitajien ja muiden potilaiden kanssa. Lisäksi päivään kuuluu erilaisia toiminnallisia ryhmiä. Päiväsaairalahoidon on yhteisöhoitoa, mutta jokaisella potilaalla on myös yksilölliset hoito- ja kuntoutussuunnitelmat. Päiväsaairalassa on sairaanhoitajien lisäksi moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu lääkäri, psykologi, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. He ovat mukana potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Päiväsaairala on avohoidon yksikkö, jonne potilaat valikoituvat lähetteen perusteella. Lähetteen tultua päiväsaairalaan potilas haastatellaan, ennen hoitojakson alkua. Lähetteen päiväsaairalaan voi saada esimerkiksi psykiatrianpoliklinikalta tai työterveyshuollosta. Päiväsaairalan potilailla on usein jo pitkä hoitohistoria psykiatrisessa hoidossa, jonka vuoksi se soveltuu hyvin tämän tutkimuksen toimintaympäristöksi.

Potilaat valikoituivat haastateltavaksi tähän tutkielmaan niin, että kaikki päiväsaairalan potilaat saivat tiedon tutkimuksesta ja mahdollisuudesta osallistua siihen. Päiväsaairalan osastonhoitaja jakoi kutsukirjeen

tutkimushaastatteluihin kaikille päiväsairalan potilaille. Kahdeksan potilasta päiväsairalan kahdeksastoista potilaasta halusivat osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, eikä siihen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuttanut millään tavalla potilaiden hoitoon. Kahdeksan haastattelun analysoinnista uskoin saavani riittävästi tietoa tutkimusaiheesta. Valitsin haastattelun tiedonkeruumenetelmäksi, koska halusin saada tutkimushenkilöiden kertomuksia heidän kokemuksistaan. Haastattelun aikana haastattelija voi esittää tarkentavia kysymyksiä ja aihe ikään kuin elää haastattelun aikana. Tällaista vuorovaikutteista aineistonkeruuta ei olisi ollut mahdollista saada muilla menetelmillä. Päädyin haastattelemaan tutkimushenkilöitä yksilöhaastattelulla ryhmähaastattelun sijaan, sillä tutkimusaihe ja sen kysymykset ovat arkaluonteisia ja henkilökohtaisia. Tällä menetelmällä koin saavani paremman ja luotettavamman aineiston kuin ryhmähaastatteluilla. Lisäksi ryhmähaastattelu olisi voinut jättää joitakin halukkaita osallistujia ulkopuolelle tai vaikuttaa siihen, mitä he kertovat. Eettisestä näkökulmasta yksilöhaastattelut olivat parempi vaihtoehto anonymiteetin ja yksityisyyden vuoksi.

Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Olin suunnitellut etukäteen mistä teemoista toivoin saavani tietoa tutkimushenkilöiltä. Olin laatinut etukäteen joitakin tarkentavia kysymyksiä muistiin itselleni. Haastattelurunko oli vain minun käytössäni, joten haastateltavat eivät tienneet mitä kysymyksiä aioin heille esittää, eikä heillä näin ollen ollut mahdollisuutta miettiä vastauksiaan etukäteen. Haastattelurunko löytyy tämän tutkielman liitteistä.

Tutkimushaastatteluja tehdessäni huomasin, etten kiinnittänyt paljoa huomiota haastattelurunkoon. Muistin helposti haastattelurungon ulkoa ja toisaalta ei ollut tarvetta kysyä erillisiä kysymyksiä, sillä haastateltavat kertoivat niin laajasti kokemuksistaan, että haastattelun teemat tulivat

käsiteltyä. Haastattelun aikana haastateltavat uppoutuivat helposti oman elämänsä kertomuksiin ja tunteet olivat pinnassa.

Haastatteluista tehdessäni, huomasin samojen aiheiden toistuvan haastateltavien kertomuksissa. Aloin jo ensimmäisten haastatteluiden yhteydessä huomata, että haastateltavat halusivat puhua tietyistä teemoista, jotka kokivat tärkeiksi. Haastattelut etenivät ikään kuin omalla painollaan. En joutunut kertaakaan miettimään haastatteluiden aikana sitä, mitä seuraavaksi kysyisin. Näin ollen tutkimushaastattelut etenivät haastateltavien lähtökohdista ja tein haastatteluiden aikana vain tarkentavia kysymyksiä. Annoin haastateltavien vapaasti kertoa niistä asioista, jotka he halusivat tuoda esiin. Tällä tavoin uskoin saavani merkityksellistä tietoa haastateltavien kokemuksista heidän elämästään. Pidin kuitenkin mielessä sen, että kaikki teemat tulisivat käsiteltyä haastatteluiden aikana. Tutkimuksen teemat olivat kaikille haastateltaville samat.

Tämä tutkielma on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, sillä tutkielmaa varten keräämäni aineisto on laadullinen aineisto. Laadullinen aineisto tarkoittaa sitä, että se on sisällöltään tekstiä eikä numeerinen aineisto, kuten kvantitatiivisessa tutkielmassa (Eskola & Suoranta 1999, 15). Aineiston käsittelyssä tärkeää on luottamuksellisuus ja anonymiteetti (Eskola & Suoranta 1999, 57). Tutkimushaastattelut nauhoitin kännykän sanelinsovelluksella. Kännykkääni on pääsykoodi, jonka vuoksi ulkopuoliset eivät voi päästä äänitteisiin käsiksi. Haastatteluiden jälkeen litteroin aineiston.

Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 61 sivua kirjasinkoolla 12 ja puolentoista rivin rivivälillä. Litteroidussa aineistossa olen merkinnyt oman puheenvuoroni M-kirjaimella ja haastateltavan puheen H-kirjaimella jokaisen aineisto-otteen puheenvuoron alkuun. Litteroinnin yhteydessä

anonymisoin aineiston. Anonymisointi tarkoittaa sitä, että aineistosta poistetaan kaikki tunnistetiedot (Kuula & Tiitinen, 2010, 452). Muutin aineistossa esiintyvät henkilöiden nimet. Osa haastateltavista puhui henkilökunnasta tai muissa hoitopaikoissa työskentelevistä lääkäreistä heidän omilla nimillään. Jotkut mainitsivat myöskin tuttaviaan nimiltä tai puhuivat hoitopaikoista niiden nimillä. Muutin nämä kaikki tunnistetiedot, niin että niihin ei voida yhdistää ketään henkilöitä. Litteroitu aineisto on tietokoneeni muistissa ja aineiston avaaminen vaatii salasanan. Tutkimusaineisto ei sisällä mitään tunnistetietoja haastateltavista. Nämä asiat annoin haastateltaville tiedoksi ennen tutkimushaastatteluun osallistumista.

4.3 Analyysi

Analysoin aineistoa aineistolähtöisellä analyysillä (Eskola & Suoranta 1999, 19). Luin aluksi aineistoa useaan kertaan läpi, jonka jälkeen lähdin alleviivaamaan eri värein teemoja, joita aineistosta nousi esiin. Huomasin nopeasti, että samat teemat toistuivat eri tutkimushenkilöiden haastatteluissa. Sen jälkeen kirjoitin ylös toistuvat teemat ja lähdin jakamaan aineisto-otteita näiden teemojen alle.

Tutkimustehtävä- ja kysymykset ovat tarkentuneet aineiston analysointivaiheessa. Aineistolähtöisessä analyysissä tällainen tarkentuminen on hyvin luonnollista (Eskola & Suoranta 1999). Tutkimusaineistosta nousi esiin kolme eri teemaa. Olen jakanut nämä teemat tässä tutkielmassa eri alaluvuiksi. Näissä luvuissa esittelen aineistoa ja siitä päättelimiäni tutkimustuloksia kunkin teeman osalta.

Sosiaalisen konstruktionismin mukaan sosiaaliset rakenteet ja ilmiöt ovat aina yhteydessä kulttuuriin tai yhteisöön. Näkemyksen mukaan symboliset

merkitysrakenteet, kuten kieli, muodostavat tutkittavan ilmiön. Näin kielellä on merkittävä asema tutkittavassa ilmiössä. (Koppa 2020.) Tämän tutkielman aineisto ja sen analyysi rakentavat kuvaa tutkittavasta ilmiöstä sosiaalisen konstruktion kautta. Tutkielmassa kokemukset ja niiden sisältämät merkityssuhteet tuottavat todellisuutta ja rakentavat ilmiötä eri näkökulmista käsin. Jokainen haastateltava kuvaa ilmiötä omasta näkökulmastaan kertoessaan kokemuksistaan ja niille antamistaan merkityksistä kielen avulla, ja näin samalla luo todellisuutta tutkimusaiheesta. Eskola & Suorannan (1999) mukaan sosiaaliset prosessit ja merkityssuhteet rakentuvat kielen kautta. Konstruktiivisessa kielikäsitelyssä kieli tuottaa todellisuutta (Eskola & Suoranta 1999, 139).

Kukaan ei voi koskaan ymmärtää täysin toisten kertomuksia elämästä vaan tulkintaan vaikuttaa tutkijan omat kokemukset ja tulkintakehys. Tutkijan on hyvä ymmärtää, ettei hän voi tulkita täysin oikein tai niin kuin haastateltava on tarkoittanut. (Kulmala 2004, 23.) Tutkijana tässä tutkielmassa tarkastelen näitä haastateltavien tuottamia kertomuksia oman ymmärrykseni mukaan ja teen tulkintoja parhaalla mahdollisella tavalla. Haastattelukertomuksiin vaikuttaa myös haastattelun aika ja paikka. Haastattelut toteutettiin päiväsairautalassa, jossa tutkittavat olivat haastatteluajankohtana itse hoidossa. Se millaiseksi he kokivat olonsa siellä ja vuorovaikutuksen kanssani, vaikutti tietyllä tavalla haastatteluaineistoon ja sen seurauksena aineiston analyysiin.

4.4 Eettinen tarkastelu

Tutkimusetiikkaa pohdin tutkielmaa tehdessäni koko tutkimusprosessin ajan. Jo tutkimusaihetta ja sen kohderyhmää miettiessäni pohdin, mitä eettisiä kysymyksiä tutkimus herättää. Aina, kun tutkitaan jotakin tiettyä ihmisryhmää, kuten sosiaalitieteissä on tapana, joudutaan miettimään sitä, ettei heistä kerrottaessa luoda lisää luokittelua. Jos tutkija itse määrittelee

tutkiessaan tiettyä ihmisryhmää tietynlaiseksi, hän vahvistaa tämän ryhmän marginaalisuutta (Juhila ym. 2002, 14). Haluan tässä tutkielmassa olla mahdollisimman sensitiivinen puhuessani haastattelemistani ihmisistä. Joitakin käsitteitä on välttämätöntä käyttää, jotta asia tulee lukijalle ymmärrettävään muotoon, vaikka käsitteet olisivat herkkiä luomaan luokittelua. Pyrin tekemään valintoja parhaalla mahdollisella tavalla niin, että käsitteet herättäisivät mahdollisimman vähän lukijassa ennakkoletuksia.

Oma ammattiurani sosiaalityöntekijänä ja työskentelyni päiväsairaaan sosiaalityöntekijänä vaikutti rooliini haastattelijana, sillä minulla oli paljon ennakkotietoa potilaiden hoidosta ja siitä, minkälaisia haasteita mielenterveyskuntoutujat kohtaavat sosiaalisissa suhteissaan ja suhteessa yhteiskuntaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen tutkijalta vaaditaankin oman tutkimuskohteensa ymmärtämistä ja omien ennakkoletuksiensa paljastamista tutkimuskohteista. (Eskola & Suoranta 1999, 29). Lisäksi haastateltavien haastattelukertomuksiin ja tapaan suhtautua minuun tutkijana vaikutti jollain tapaa se, että he tiesivät minun olevan erään toisen psykiatrisen päiväsairaaan sosiaalityöntekijä. Heidän ei tarvinnut selittää auki kokemuksiaan tai terminologiaa, jota haastatteluun kuului, sillä he olettivat, että tiedän ja ymmärrän mistä he puhuvat. Pohdin haastatteluita tehdessäni myös, millä tavoin haastateltavien vastauksiin vaikutti muulla tapaa se, että he tiesivät minun olevan sosiaalityöntekijä. Antoivatko he tietyn tyyppisiä vastauksia ja kertoivatko he tietyllä tapaa hoidosta ja elämästään. Uskon, että sosiaalityön asiakkaat terveydenhuollossa suhtautuvat sosiaalityöntekijään hoidossa ja kuntoutuksessa avoimin mielin ja kertovat totuudenmukaisesti elämäntilanteestaan, sillä terveydenhuollon sosiaalityöntekijä on ikään kuin asiakkaiden asianajaja ja heidän oikeuksien puolustaja. Heidän ei tarvitse miettiä tapaamisen vaikutuksista heidän hoitoonsa kuten mahdollisesti terveydenhuollon henkilökunnan kanssa.

Tutkimushaastattelussa kertosin vielä haastateltavalle ennen haastattelun alkua, että tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta millään tavalla haastateltavan hoitoon ja anonymiteetti on suojattu todella hyvin niin, ettei hoitohenkilökunta saa tietää haastattelussa esiin tulleista asioista. Lisäksi kerroin, että tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää milloin vain ja luvan haastatteluaineiston käyttöön tutkielmassani voi peruuttaa vielä haastattelun jälkeen, jos tulee toisiin ajatuksiin kohtuullisen ajan kuluessa eli noin kuukauden ajan. Huolehdin siitä, että nämä asiat tulivat selkeästi ymmärretyiksi haastateltaville ja otin huomioon psykiatrisessa hoidossa olevien tutkimushenkilöiden herkän aseman.

Tutkimusta tehdessä tulisi aina pohtia sitä, mitä hyötyä ja haittaa tutkittaville on tutkimukseen osallistumisella (Eskola & Suoranta 1999, 52-60). Tähän tutkimukseen osallistumalla tutkittavat saattoivat hyötyä sillä tavalla, että he saivat jakaa tarinansa ja saada äänensä kuuluviin. Haittapuolena haastattelu saattoi herättää joissakin haastateltavissa negatiivisia tunteita liittyen traumaattisiin kokemuksiin. Haastateltavat olivat intensiivisessä hoidossa päiväsairaalessa tutkimuksenteon aikana, joten heillä oli mahdollisuus jopa samana päivänä keskustella oman hoitajan kanssa tutkimustilanteessa esiin nousseista tunteista. En jättänyt haastattelun edetessä mitään tunteita herättäviä keskusteluita auki, vaan käsitelimme haastattelun aikana kaikkia aiheita syvällisesti niin, että haastateltava sai rauhassa kertoa ja saada minulta tukea heränneisiin tunteisiin.

En ajatellut, että aineistoa käytettäisiin jatkotutkimuksiin. Tämän vuoksi en kysynyt haastateltavilta tätä mahdollisuutta vaan pyysin heiltä lupaa haastatteluaineiston käyttöön vain omaa pro gradu -tutkielmaani varten. Olisi ollut mielenkiintoista, miten joku toinen tutkija olisi analysoinut keräämääni aineistoa. Sensitiivisen haastatteluaineiston materiaali tuntuu minulle henkilökohtaiselta. Haastateltavieni elämäkokemukset ja kertomukset välittyvät minulle edelleen tunnemuistona

vuorovaikutustilanteesta, ja voin palata niihin lukemalla aineiston litteroitua muotoa. Tutkija usein pohtii, voiko aineistoa analysoida kukaan muu, koska haastateltavat ovat kertoneet elämästään juuri hänelle (Kuula & Tiitinen 2010).

5. Tutkimustulokset

5.1 Toiseus haastaa hyvinvoinnin

Toimintakyvyn alentuminen aiheuttaa vaikeutta vastata ympäristön vaatimuksiin (Bergström 2020). Tämä aiheuttaa syyllisyyden tunteita ja haastateltavat kokevat itsensä erilaisiksi, koska eivät kykene toimimaan kuten muut. Nämä oireet voivat hankaloittaa arkielämää monin eri tavoin. Haastateltavat kuvaavat toimintakyvyn laskuaan psykiatrisesta sairaudesta johtuvan, mutta niistä koetaan kuitenkin toiseutta suhteessa muihin, joilla ei ole vastaavia vaikeuksia elämässään. Haastatteluissa oli paljon kuvauksia voinnista, jolla tarkoitettiin omaa psyykkistä olotilaa, joka oli yhteydessä toimintakykyyn ja ajatteluun. Sana vointi on suoraan yhteydessä sairauteen ja sairauden vaiheeseen, joka vaikuttaa ihmisen kokemukseen itsestään sairauden kanssa eläessään (Kantola 2009). Haastateltavat kuvasivat paljon sitä, minkälaisia rajoitteita sairaus tuo heidän elämäänsä riippuen siitä, minkälainen vointi tietyinä ajanjaksona on ollut. Kuvaukset kertoivat enimmäkseen niistä hetkistä, jolloin haastateltavat ovat kokeneet vointinsa erityisen huonoksi. Nämä huonon voinnin ajanjaksot ovat saaneet erityisiä merkityksiä heidän elämässään, sillä juuri ne ovat aiheuttaneet vaikeuksia selviytyä arjen asioista. Seuraavassa otteessa haastateltava puhuu rutiineista, kun hän kuvaa itselleen aiemmin helpoilta tuntuvien asioiden muuttumisesta vaikeiksi.

”H: Joo joo et se vointi laskuun et tota niin kyl sä tiität, et ku päivittäiset rutiinitki muodostuu vaikeeks”(H7)

Osa haasteltavista kuvailivat sitä, kuinka sairaus vaikuttaa niin, että kodinhoitotyöt jäävät tekemättä. Osa haastateltavista kertoi myös omasta hygieniasta huolehtimisen olevan vaikeaa. Monet kuvasivat toimintakyvyttömyyttään makaamisena sängyssä tai sohvalla. Huonoa vointia ja huonoa kuntoa kuvattiin hyvin rajoittavana toimintakyvyn laskuna.

”H: Siis mul on ollu pitkäänki koti ihan kaaokses ku mul on se vaikee vaihe täs masennukses. Ei jaksu mitään tehdä, koiratki pääs minimi kävelylle ja ruokaa oli jotain sitä samaa pastakastiketta. Kyl silloin ku on se pahin masennus päällä ni sitä on ihan kädetön ja jalaton, et ei siinä oikeen pysty mihinkään muuhun. Pahimmillaan mä saatoin vaan nukkua. Mun nuorin poikaki tuli aina sinne makuuhuoneeseen sanoo asiansa, koska se tiesi et oon kuitenkin siellä sängyn pohjalla et kyl se silloin pahimmillaan oli tosi lamauttavaa.” (H4)

”H: Tällä hetkellä mä oon aatellu et pääsis ees sellaseen kuntoon et sais sen arjen ees sujumaan.

M: Niin

H: Elikäs se kaaos vaan pahenee kotona ni sais siihenki ees jotain.” (H2)

”H: Sit ku kunto romahtaa ihan täysin et sitä on niinku semmoses kunnos, ni ainoo tavote on vaan päästä ylös sängystä ja ehkä just pääsee suihkuun ni se on niinku siinä.” (H6)

Psykiatrinen diagnoosi osaltaan helpottaa häpeän tunnetta ja stigmaa (Järvensivu ym.2018). Se vapauttaa henkilön vastuusta omasta toiminnastaan, koska toimintakyvyn vaikeutta voi selittää sairaudesta johtuvana niin kuin edellisistä aineisto-otteista käy ilmi. Ensimmäisessä

otteessa haastateltava kuvasi toimintakyvyttömyyttään lamaannuksena, joka johtuu masennuksesta. Tällöin normaalina pidetyt arkielämän asiat jäävät tekemättä kuten siivous ja ruoan laitto. Toisessa otteessa puhutaan ”kunnosta”, jolla viitataan sairauteen, joka on aiheuttanut kunnon romahtamisen.

Haastateltavat kuvasivat sairauden johtavan sulkeutumiseen omaan kotiin sulkeutumiseen ja näin yhteisön ulkopuolelle jäämiseen. Eristäytyminen kotiin luo ulkopuolisuuden tunnetta ja johtaa toiseuteen konkreettisesti tilan ja paikan erillisyydestä johtuen. Toimintakyvyn lasku kaventaa mahdollisuuksia sosiaalisiin suhteisiin ja yhteiskuntaelämään kotiin sulkeutumalla.

”H: Sosiaalinen kanssakäyminen on vähentynyt ja ystävät, ystävyssuhteita on paljon päättynyt, et monille ihmisille on vaikea ymmärtää et millasta se arki on, että et ilman päiväsaalaa mun arki on sitä et voi mennä monta päivää et mä en saa ees hampaita pestyä, et että mul ei oo mittän muuta ku se toive, et niinku päästä pois. Se kuolema on niinku semmonen päivittäinen ajatus.” (H6)

”H: Se passivoi hirveesti niinku elämää ku on vuorokausirytmä ihan sekasin ja sit saattaa olla päivii et mä en poistu kotoa.” (H3)

Monet haastateltavat kertoivat huonon voinnin vaikuttavan sosiaalisiin suhteisiin. Toimintakyvyn lasku vaikutti niin, ettei jaksanut tavata ystäviä. Joskus ystävyssuhteisiin vaikuttaa itse sairaus, kuten seuraavassa aineisto-otteessa.

”H: Mua on koko elämän aikana seurannu sellanen asia et mä kuvittelen et jotkut ihmiset osaa lukea mun ajatuksia ja se ei oo koskaan positiivista et se on negatiivista. Se on ollu sellanen taakka.

M: Okei

H: Se on vaikuttanu tosi huonosti ihmissuhteisiin ja kaverisuhteisiin.” (H5)

”H: Et mullakin on sitä ongelmaa, et ei välttämättä jaksa lähteä kotoa ulos tai ei jaksa tavata kavereita, eikä hoitaa raha-asioita.” (H3)

Aineisto-ote kuvaa lisäksi miten vointi vaikeuttaa päivittäisten asioiden, kuten raha-asioiden, hoitamista. Haastateltava puhuu tästä ongelmana. Mielenterveyskuntoutukseen ja sairasajan etuuksiin liittyy paljon paperityötä, jotta raha-asiat sujuvat. Usein toimeentulo on täysin riippuvainen erilaisista sosiaalietuksista. Kunnon ja voinnin ollessa koetuksella, nämä asiat saattavat jäädä hoitamatta.

Toimintakyvyn rajoitukset aiheuttavat näin toiseutta suhteessa muihin, kun verrataan omaa toimintaa ”normaaliin” tai siihen mihin muut ihmiset kykenevät ja mihin ennen on itsekin kyennyt. Muiden odotukset normaalista toiminnasta luovat paineita suoriutumaan arjen asioista. Omasta rajoittuneisuudesta koetaan huonommuutta, kun ei kyetä siihen mihin muut pystyvät.

”H: Et ku mul on tää toistuva masennus ni oikeestaan mä oon alkanu hidastuu ihan hirveesti et töissäkin ensin työpäivät veny et en saanu aikaseks mitään. En pystyny tekee niinku muut. Ja lopulta en saanu kertakaikkiaan mitään tehtyä, en kotona enkä töissä.” (H2)

Toimintakyvyn puutteet rajoittavat elää monin eri tavoin. Työkyvyttömyys oli monelle haastateltavalle merkityksellisin rajoite, jonka sairaus on tuonut tullessaan. Kulmalan (2004) tutkielmassa toiseuden kokemukset ilmenivät erilaisuuden ja ulkopuolisuuden kokemuksina. Näihin kokemuksiin kuului esimerkiksi sosiaalisten suhteiden puuttumista, työelämän ulkopuolelle jäämistä, toiminnan rajoittumista sekä oikeanlaista hoitoa ja apua vaille jäämistä. Toiseuden kokemusta luoviin kielteisiin ennakkokäsityksiin kuului kykenemättömyyttä huolehtia itsestä tai lapsistaan sekä mahdottomuus muuttua ja parantua. (Kulmala 2004, 72). Näitä samoja kokemuksia kuvaavat myös tämän tutkimuksen haastateltavat. Haastateltava tekee selvää eroa itsensä ja työssäkäyvien välille. Hän kokee toiseutta suhteessa muihin jäädessään työelämän ulkopuolelle.

”H: Sosiaaliset suhteet on vähentyny tän sairauden myötä. Et ite ei pysty olee niin aktiivinen enää et ite on pudonnu täysin niinku et on niinku väliinputoja ja muut on jatkanu opintoja ja saanu tutkintoja valmiiksi ja ne menestyy et onhan se varmasti vaikeeta niinku toiselle ku et ei tiiä miten pitäs suhtautuu muhun.” (H6)

Haastateltava epäilee, että muut eivät osaa suhtautua häneen, koska hän ei ole menestynyt opinnoissa ja työelämässä kuten muut. Hän uskoo muiden kategorisoivansa hänet erilaiseksi niin, etteivät muut tiedä kuinka suhtautuisivat häneen. Toivottuihin kategorioihin liittyy usein työssä käynti. Näin työssäkäynti liitetään käsitykseen normaaliudesta ja ei-työssäkäyvät määrittyvät erilaisiksi ja poikkeaviksi. Normaaliuden ulkopuolelle jäävät ryhmät, jotka eivät kuulu etuoikeutettuihin kategorioihin. (Kulmala 2004, 69.)

Työ on ehkä kaikista voimakkaimmin ihmisen yhteisöön ja yhteiskuntaan liittävä tekijä. Haastateltavat kuvasivat sitä, kuinka sairaus oli vienyt työ- tai

opiskelukyvyn. Heillä oli kuitenkin toive työkyvyn palautumisesta ja työelämään paluu näyttäytyy haaveena paremmasta elämästä. Myös toivottomuutta oli tulkittavissa työkyvyn menetyksestä. Elämän merkityksellisyys kytkeytyy usein kykyyn osallistua työelämään ja näin olla hyödyllinen, elättää itsensä ja mahdollisesti perheensä. Työelämän ulkopuolelle jäänti on iso menetys ja vaikuttaa niin identiteettiin kuin elämän merkityksellisyyden kokemukseen. (Niemelä 2009, 219.)

”H: Enhän mä oo työkykyinen. Mä oon työkyvyttömyyseläkkeellä. Et enhän mä pystyis tekemään, en omaa entistä työtäni, enkä oikeestaan mitään muutakaan tässä vaiheessa, mut toiveita on niinku paremmasta.” (H4)

”H: Ku se työharjottelu pääty ni en saanu enää kotona tehty mitään. En jaksanu. En saanu ees vaatteita päälle. Mä romahdin täysin.” (H2)

Haastateltavat kuvaavat omaa työkyvyn menetystä osana sairautta. Oma vointi ja työkyky kytkeytyvät tiukasti toisiinsa. Työhön osallistuminen vaatisi parempaa vointia.

”H: Mulla tulee kokoajan pidempi aika siitä, ku oon ollu työelämässä, ni varmaan se kysymys et kuntoutuks mä oikeesti tässä vai oonko sellanen ikuinen kuntoutuja.” (H5)

Haastateltava miettii omia mahdollisuuksiaan kuntoutua ja kuvaa toivottomuutta siitä, kuinka on ”ikuinen kuntoutuja”. Tällä termillä on negatiivinen sävy, minkä haastateltava liittää itseensä ikään kuin leimana itselleen. Hän merkityksellistää itselleen epäsuotuisaa paikkaa ja asemaa yhteiskunnassa mahdollisesti jäädessään työelämän ulkopuolelle

loppuiäkseen.

Jäädessä työelämän ulkopuolelle ja osattomaksi näin yhteiskunnasta, se voi pahentaa mielenterveyden haasteita entisestään. Seuraavassa aineisto-otteessa haastateltava kokee jääneensä niin sanotun normaalin elämän ulkopuolelle ja kuvaa toivottomuutta omasta mahdollisesta tulevaisuudesta vertaamalla sitä ystävänsä tilanteeseen. Tässä työkyvyttömyyseläkepääätös on konkreettinen tosite siitä, ettei hän ole sairautensa vuoksi työkykyinen, mikä ajaa haastateltavan toivottomuuteen ja pelkää ajautuvansa samanlaiseen tilanteeseen kuin ystävänsä. Aineisto kuvaa kokemusta näköalattomuudesta liittyen parantumiseen ja kuntoutumiseen.

”M: Miltä se masennus niinku tuntuu?

H: No se tuntuu sellaselta ahdistukselta, ettei oo elämässä mitään mieltä tai pakotetta tai. Mulla nyt aktivoitu uudestaan nää ajatukset ku mä sain eilen eiku toissapäivänä mä sain kotiin tuota noin eläke-varmasta sen, et mulle on myönnetty toi työkyvyttömyyseläke, ni se sai mut ajattelemaan et täskö tää mun elämäni on et mitä tulevaisuus tuo tullessaan.

M: Joo

H: Aloin miettimään yhtä mun ystäväni Petteriä, joka oli masennuksen takia sairaseläkkeellä ja hän teki itsemurhan tossa tammikuussa et mä aloin heti miettimään tossa et onko se minun kohtaloni myöskin se että Petteri, mitä Petterille tapahtu ni se tapahtuu minulleki sitte.” (H8) (Nimi on muutettu aineisto-otteessa.)

5.2 Toiseksi tekeminen

Haastateltavat kertoivat paljon siitä, kuinka olivat epätietoisia omasta kuntoutusprosessistaan sekä siitä, minkälaista kuntoutusta olisi mahdollista saada. Erilaiset hoito- ja kuntoutusmuodot olivat haastateltaville vieraita

niin, että he eivät tienneet mitä kaikkea mielenterveyden hoitoa ja -kuntoutusta on tarjolla. Osa haastateltavista kertoi, että sopivaa hoitomuotoa oli joutunut itse etsimään tai se oli löytynyt sattumalta esimerkiksi jonkun tutun kautta. Seuraavassa aineistolainauksessa tulee esiin, että sopiva hoitomuoto oli löytynyt juuri kuulopuheiden perusteella ja potilas oli itse tiedustellut mahdollisuutta päästä kyseiseen hoitoon.

”H: Ööö, no mä oon ollu useamman vuoden silleen eri psykpoleilla, mut tänne nyt pääasiassa sen takii et yks mun kaveri on kans ollu täs ja sil on hyviin kokemuksi täst (päiväsairaala) ja sit mä kysyin tuola psykpolilla et oiskomahollista päästä tänne. Et tää (päiväsiraala) ei oo mistään mulle tarjottu vaan se oli semmonen niinku kuulin epävirallista kautta.” (H2)

Tämä aineisto-ote tuo vahvasti esiin potilaan roolin itse vastuutaottavana palveluiden käyttäjänä. Haastateltava oli ystävänsä kokemusten perusteella ottanut itse asian puheeksi hoitopaikassaan. Hoitoon pääsy näyttäytyy sattumanvaraisena, jos se on kiinni siitä, kuinka eri hoitomuodoista kuulee ja onko voimia tai rohkeutta itse selvittää mahdollisuuksistaan eri hoitoihin. Tällöin kuntoutujat ovat keskenään eriarvoisessa asemassa palveluiden suhteen. Tiedon puute saattaa synnyttää tunteen siitä, että kohdellaan toisina, kun ei tarjota asianmukaista tietoa kuntoutusvaihtoehtoista vaan mahdollisuuksista tulee ottaa itse selvää. Seuraava aineisto-ote kertoo oman aloitekyvyn vaikeudesta ottaa selville eri kuntoutuspaikoista.

”H: Et tiiätkö onko muitakin paikkoja kun tää päiväsairaala jossa vois saada sitä vertaistukea ja keskusteluja ammattilaisten kanssa? H: Mitä niit sit onkaan. Et se vaatis sitä omaa aktiivisuutta ottaa selville et mitä niit onkaan.” (H7)

”H: Ku on tää avohoitokontakti niin kyl siin tosi niinku tyhjän päällä on, et mistään palveluista ei kerrota mitään, ei suositella tällaisista kuntoutuksista mitään, mihinkään sellaseen kuntouttavaan ei ohjata.” (H6)

Mielenterveysongelmat vaikuttavat usein toimintakyvyn huononemiseen, jolloin avun hakeminen itselle tuntuu vaikealta. Haastateltavat kuvaavat omaa vointiaan suhteessa avun hakemisen haasteeseen. Avun hakemisen vaikeus konkreettisesti nostaa kynnystä jos joutuu hakemaan tietoa siitä, mitä apua on saatavilla.

” H: Sit ku on huonossa kunnossa ni ei sitä osaa eikä jaksa etsiä sitä apua ja tietoa.” (H6)

Eräälle toiselle haastateltavalle oli ollut epäselvää, mihin hoitoon hän oli jonossa. Hän oli joutunut itse selvittämään asiaa. Voinnin ollessa todella huono, saattaa potilaalle olla todella haastavaa itse selvittää, mihin hoitoon tulisi hakeutua ja muistaa pyytää tietoja uudelleen hoidon kulusta. Haastateltava oli ollut siinä käsityksessä, että olisi ollut jonossa vuodeosastolle, mutta lähete olikin tehty päiväsairaalaan.

”H: Mä en oo sillon ku itseasiassa sillon ku mä romahdin ihan täysin ni mä käsitin et mul se lähete ois ollu sinne vuodeosastolle. Ni olin nii huonos kunnossa ni siin meni kuukausi et mä sain soitettua sinne ja et mikä on niinku homman nimi, ni ne sano et mä oon päiväsairaalajonossa.” (H4)

Lähes kaikki haastateltavista (seitsemän kahdeksasta haastateltavasta) kuvasivat sitä, kuinka psykiatrinen hoito on liian vähäistä heidän kokemuksissaan tai se ei ole ollut tarkoituksen mukaista niin, että he

kokisivat saaneensa siitä parhaan mahdollisen avun. Haastateltavat kuvaavat sitä, kuinka he eivät ole saaneet riittävästi hoitoa tai sellaista hoitoa, jota uskovat tarvitsevänsä ja mikä auttaisi kuntoutumaan.

”H: Mullakin kokoajan lukee papereissa et haetaan terapiaa ja suositellaan terapiaa ja vieläkkään mä en oo mitään saanu ja psykolilla mun hoitaja on sanonu et mä en saa niistä traumaista puhua et nyt ei oo sen paikka et terapiaa en oo saanu.” (H2)

Pahimmillaan hoidon ja kuntoutuksen saannin vaikeus huonontaa potilaan vointia entisestään. Turhautumisen tunteet, mitä usein tulee siitä, kun ei saa mielestään riittävästi hoitoa ja tietoa eri hoitomahdollisuuksista, vaikuttaa vointiin. Haastateltavat kuvaavat sitä, kuinka heidät on jätetty ikään kuin yksin sairautensa kanssa. Kokemus on ollut sellaisesta hoidosta, mikä ei ole yksilökohtaista hoitoa, eikä haastateltavat ole tulleet näin kohdatuiksi omassa tilanteessaan. Kohtaamattomuus saattaa synnyttää ulkopuolisuuden tunnetta ja vähempiarvoisen kansalaisen tunnetta, niin ettei ole tarpeeksi arvokas saamaan hyvää hoitoa. Toivomuksena olisi psykososiaalinen hoito lääkehoidon rinnalla ja yksilökohtainen keskustelu sekä kuntoutuksen suunnittelu.

”H: Onhan se vähän sellasta joo (psykiatrian poliklinikan hoito) et ei siin ehdi ku reseptin kirjottaa. Siinä määrätään niitä lääkkeitä ja se menee niin et mee sinne himaan ja syö niitä sitte.” (H7)

”H: Se on niinku ne käynnit sen lääkärin kanssa et lääkkeet , et nää lääkkeet ei sovi, kokeillaan tota lääkettä, tos on respti. Se on niinku todella sellasta et liukuhihnalta toimintaa.” (H6)

Hännisen (2007) mukaan ihmiset joutuvat ikään kuin kauppittelemaan itseään instituutiolle tullakseen valituiksi niihin. Jos yksilöä ei valita kyseiseen instituutioon voi syntyä ”pallottelun” kierre. Tällöin syntyy poiskäännyttämistä ja vastuu siirretään seuraavaan instanssiin. Toimijalta toiselle siirtäminen voi liittyä myös yhteiskunnan sektoroituneisuuteen. Tällöin toiminta on pirstaloitunut eri toimijoille. Kun henkilö asioi eri palveluissa ja jokainen toimija toimii oman mallinsa mukaan, saattaa henkilö pudota täysin palveluiden ulkopuolelle. (Hänninen 2007.) Tällöin saattaa myös luottamus järjestelmään ja palveluiden saannille horjua (Immonen & Kiikala 2007, 70 ja 75). Poiskäännyttäminen aiheuttaa syrjäytymistä, kun jäädään palvelujen ulkopuolelle. Monesti poiskäännyttämistä perustellaan päätöksenteon hajauttamisella tai vastuu siirretään takaisin yksilölle itselleen. (Hänninen 2007, 8-9.) Aineisto-otteet kuvaavat hyvin sitä, kuinka vastuu jää kuntoutujalle itselleen.

”H: Siin oli ihan sellanen pompottelukuvio, et he sanoo et avohoidon kuuluu tehä tää ja nyt teet näin ja näin ja sit ku mä otin sinne yhteyttä ni ja sanoin et näin pitäis toimia ni he sano et he eivät voi tehä mitään (avohoidossa). Et jos sul on huono olo niin mee päivystykseen , et siin on niinku kokoajan resurssit vedetty niin tiukille ni ne niinku siirtää vastuuta edestakaisin.” (H6)

”H: Se on tosiaan hirveen haastavaa oikeestaan et avohoidossa lääkäreillä on niin paljon potilaita et hirveen vähän aikaa et mitään sellasta suunnitelmallista hoitoa tai jotain niinku joka tähtäis johonki et sellasii hoitosuhteita ei synny tai et hirveen harvalla on sellanen kokemus. Sit ku on huonossa kunnossa ni ei sitä osaa eikä jaksa etsiä sitä tietoa muualata et ku siin on aina yksin siin tilanteessa.”(H1)

Haastateltava kuvaa hyvin kuinka haavoittuvassa asemassa on, kun

mielenterveysongelmat rajoittavat toimintakykyä. Tällöin ei ole mahdollisuutta itse auttaa itseään ja hakea tietoa muualta kuntoutumisensa edistämiseksi. Tutkimusten mukaan mielenterveyden ammattilaiset luovat toiseutta mielenterveyspotilaisiin muuta väestöä enemmän. He pitävät psykiatrian potilaita erilaisempina ihmisinä kuin muut ja käsittävät heidän kuuluvan omaan erityiseen kategoriaansa. Potilaiden vähempiarvoisena pitäminen saattaa näyttäytyä potilaiden huonona kohteluna (Maanmieli 2019,186). Haastateltava on kokenut jossain toisessa psykiatrisessa hoitopaikassa ala-arvoista kohtelua, mikä on synnyttänyt toiseuden tunteita ja luokittelee potilaat vähempiarvoiseksi. Kuvaus ”kuin pieniä lapsia” kertoo autoritaarisesta kohtelusta.

”H: Must tuntuu et tääl henkilökunta on ymmärtävää, et ei oo sellasta niinku joissain paikois et vaikka kaikki ei oookkaan ni osassa on sellasta et kohdellaan niinku pieniä lapsia” (H2)

Autoritaarinen hoitokulttuuri voi aiheuttaa erityistä häpeän tunnetta, joka säilyy muistoissa läpi elämän. Maanmielen (2019) tutkimuksessa ihmiset ovat kirjoittaneet mielisairaalahoidon kokemuksista, jotka ovat tapahtuneet kymmeniäkin vuosia sitten. Edelleen kirjoittajat muistavat huonon kohtelun ja kantavat häpeän leimaa. (Maanmieli 2019).

Lähes kaikki haastateltavista kokivat, että ihmisillä on ennakoluuloja mielenterveysongelmia kohtaan. Leimatuksi ja tuomituksi tuleminen aiheuttaa puhumattomuutta ja vähentää siten sosiaalista kanssakäymistä.

”H: Ihmisil on kyl ennakoluuloja. Jos puhuu näist sairauksist ni tota monesti tulee tuomituks saman tien.” (H6)

”H: Ihan siis hirveesti, ne on ihan järkyttävii ne käsitykset mitä ihmisil on et ei ihmisil oo niinku mitään hajuu et mitä se on just kaikki tällaset psykoosioireet ja muut et ne on vaikeemmat ihmisille ja en kyl ihmetteleku kyl ne tosiaan itseäki pelotta, ne voi olla hurjia, et kun menettää sen todellisuudentajun.

M: niin

H: Et kyl se on kiinni siit et onks ihmisel oma kohtasii kokemuksia et on se muuten hirvee tabu tää psyykkinen sairastamine et ku kaikenlaisii kylähullui ni siihen sit vedetään.” (H2)

Toivo muiden ihmisten hyväksynnästä ymmärryksestä on vähäistä.

Mielenterveysongelmista puhumista vältellään, koska pelätään muiden ihmisten suhtautumista itseän.

”H: Et tuol niinku normaalimaailmassa ni ihmisillä on ennakkoluuloja. Et jos kertoisin jollekki et meni jalka poikki ni ei siinä mitään, mut jos kerrot jotain henkisistä ongelmista ni et voi olla sataprosenttisen varma et sua ymmärretään.” (H7)

” H: Kyllähän me tiedetään hyvin et meil on tällasia käitteitä niinku hullu et sil on tällanen niinku negatiivinen sävy. Ja tää milenerveyskuntouja. Okei niin voi sanoo, mutta se antaa niinku sellasen leiman siihen.” (H7)

Seuraavassa aineisto-otteessa erilaisuus on vahvasti sisäistetty omaksi ja muiden samankaltaisten ominaisuudeksi. Haastateltava tekee selvää eroa muihin ja sairastuneisiin. Hän kokee olevansa alempiarvoinen kuin valtaväestö yhdessä muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. Toiseutta tuotetaan myös itse niin, että arvotetaan negatiivisesti itseä ja muita samaan kategoriaan kuuluvia (Granfelt 1998, 100).

”H: Kyl mul on sellanen tosi kriittinen suhtautuminen itseen ja muihin samassa tilanteessa oleviin, et ollaan me jollain tavalla niinku pohjasakkaa.” (H4)

Haastateltava kokee, että päiväsairaalassa mielenterveyskuntoutuja - käsitteenä ei tunnu leimaavalta. Sisäpiirissä käsitteet eivät tunnu leimaavilta vaan niitä on hyväksyttävää ja luonnollista käyttää.

”H: Onhan toi mielenterveyskuntoutuja vähän leimaa, et en mä nyt tuola kaupungilla sitä toittottais. Mut täällä me ollaan kaikki mielenterveyskuntoutujia ja tääl. On hoitajat ja näin.” (H8)

5.3 Toiseutta purkavat tekijät

Vertaistuen merkitys näyttäytyy ilmenevän yhteisissä keskusteluissa päiväsairaalahoidossa muiden kuntoutujien kanssa. Vertaistuki ja voimaantuminen ryhmässä saattaa olla ratkaisu sairaudesta puhumisen välttelemisen sijaa. Silloin sairaus tunnustetaan avoimesti ja hakeudutaan muiden samankaltaisten asioiden kanssa kamppailevien seuraan. Tällöin saattaa syntyä halu auttaa muita samassa tilanteessa olevia ja ryhtyä joukolla taistelemaan stereotypioita ja stigmaa vastaan. (Williams 1987.) Samankaltaisten ihmisten seuraan hakeutuminen voi auttaa rentoutumaan ja löytämään tukea. Se tarkoittaa usein myös luopumista valtaväestöön kuulumisesta. (Goffman 1968).

”H: Ekalla kerralla ku tulin (päiväsairaalaan) et siinä niinku ku aikaisemmin oli vaan yksin sen asian kanssa ni autto hirveesti poistamaan sitä häpeetä ja mä en oo ainut ja nää muutki on ihan tavallisia mukavia ihmisiä et se autto siinä ja itekki oli avoin ni se kanssa.” (H2)

*”H: Tullu tässä sellasta et on pystynyt todellaki puhumaan, eikä tarvi ajatella ku ollaa samassa tilanteessa ni niistä asioista ni ei tarvi hävetä.”
(H3)*

”Täällä mä sain niinku konkreettisen vahvistuksen sille, et en oo yksin tän sairauden kanssa, et meitä on muitakin.”(H7)

Aineisto-otteet kuvaavat sitä, kuinka mielenterveysongelmat ovat tuottaneet kantajilleen häpeää. Tätä häpeän tunnetta on jouduttu kantamaan yksin sisällä, mikä on tuntunut raskaalta. Vertaisten seurassa häpeän tunne on helpottanut, kun on huomannut ettei ole yksin tilanteessaan.

Joskus potilaat kokevat että on helpompi vastata ympäristön odotuksia stigman määrittelemään tapaan eläytymällä tiettyyn rooliin. Päiväsairaalassa voi kokea olevansa sisäpiirissä. Eräs haastateltava kertoo olevansa turvallisessa ympäristössä, jossa voi olla oma itsensä eikä tarvitse esiintyä valtaväestön olettamalla tavalla tietyssä roolissa.

”H: Täällä ymmärtää et on olemassa semmosii ihmisii joiden seurassa ei tarvi mitään rooleja vedellä.” (H7)

Mielenterveysongelmiin on pitkään kuulunut salailu leimautumisen ja yhteisöstä poissulkemisen pelossa (Maanmieli 2019). Haastateltava on helpottunut siitä, että hän voi nyt viimein kertoa asioistaan ilman salailua. Salailu on saattanut tuntua raskaalta, kun on joutunut esittämään ihmisille erilaista kuvaa itsestään, mitä oikeasti on. Päiväsairalahoidossa kuntoutujat ovat voineet avoimesti puhua asioistaan ilman salailua ja pelkoa leimautumisesta. Haastateltavat kokivat helopotusta siitä, että olivat

löytäneet paikan jossa voivat olla omana itsenään. Itsensä tuominen näkyväksi juuri sellaisena kuin on koettiin tärkeäksi.

”H: Et no mul oli sellasii toiveita vertaistuesta, jota mä en ollu kokenu aikasemmin ni kävis toteen ja se kävikin sitte paremmin ku oletinkaan, että täällä pysty silleen puhumaan niistä asioista, joista on koko elämän vaiennu ni tuntu, et jotain lähti liikkeelle.” (H5)

”H: Tää päiväsairaalahoito mist oon hyötyny tosi paljon ni on se et on säännöllinen päiväohjelma, on joku paikka minne menee, tuntee kuuluvansa johonki yhteisöön, mulleikki tää on ensimmäinen paikka missä mä koen et mut hyväksytään sellasena ku mä olen.” (H6)

Toiseuden maailma on muusta yhteiskunnasta eristäytynyt yhteisö, jossa on mahdollisuus toimia tasavertaisesti. Toiseuden maailma on muusta yhteisöstä eristäytynyt yhteisö, jossa voidaan kokea yhteenkuuluvuutta ja kokea luottamusta samaan yhteisöön kuuluvien kanssa. (Goffman 1968.)

”H: Se on luonu niinku sellasta yhteenkuuluvuudentunnetta, kosa on niin paljon sitä mihin voi samaistua vaik ei niinku muuten oiskaan mitään yhteistä.” (H6)

Toiseutta purkavana tekijänä tuli esiin hyvä hoito ja tiedon saanti erilaisista palveluista ja kuntoutusmahdollisuuksista. Haastateltavilla oli ollut paljon huonoja kokemuksia hoidosta ja kuntoutuksesta sekä vaikeus saada tietoa erilaisista mahdollisuuksista. Näitä kokemuksia oli korjattu hyvällä kohtaamisella ja tiedon antamisella.

”H: Mut siis täältäähän (päiväsairaalaasta) mä oon saanu hirveesti tietoo niinku palveluista ja toimintakeskuksii ja mitä näitä on just et mis järjestetään toimintaa mielenterveyskuntoujille.” (H6)

”H: Tää hoitohan on ihan sellasta superhoitoo et niinku se psykpoli on ihan sellasta ylläpitävää.” (H8)

Toiseuden tunteeseen auttaa lisäksi valtaväestön eli tässä tapauksessa oletettuun keskuksen kuuluvan positiivinen suhtautuminen, mikä on tullut yllätyksenä eräälle haastateltavalle. Haastateltavalle on tullut iloisena yllätyksenä, kun häneen ei ollakaan suhtauduttu ennakkoluuloisesti.

”H: Mä oon nykyisin ollu aika avoin ja se vaihtelee hirveesti et on tullu sellasia ilosia yllätyksiä et oon luullu et jotkut ihmiset ois ehkä ennakkoluulosia ja sit ku oon kertonu ni onki suhtautunu ihan päinvastesti.” (H3)

Haastatteluote kertoo siitä, kuinka ihmiset ovat suhtautuneet ennakkoluuloisesti häneen, jonka vuoksi hän on salaillut mielenterveydenongelmia. Haastateltava kertoo olevansa nykyisin avoin asioistaan lopettamalla salailun. Hänelle oli ollut iloinen yllätys, ettei ihmiset ollutkaan suhtautuneet häneen ennakkoluuloisesti, kuten hän oli olettanut. Näin toiseus saattaa olla myös toiseutta kokevan oma ennakkoluulo muiden ihmisten suhtautumisesta itseän. Toiseuden rakentuessa vuorovaikutussa, voidaan sitä myös purkaa ihmisten kohtaamisissa.

6. Tulosten yhteenveto ja pohdinta

Sosiaaliset prosessit ovat muutoksessa ja näin aikaan ja paikkaan sidottuja (Eskola & Suoranta 1999, 16). Tämä tutkielma tuo tietoa juuri siltä hetkeltä, kun aineisto kerättiin. Kuitenkin tietoa voidaan soveltaa myöhempää varten. Inhimilliset kokemukset, joita haastateltavat kertoo elävät edelleen heidän elämässään. Ne kertovat siitä mitä he ovat kokeneet ja minkälaisia merkityksiä ovat näille kokemuksille luoneet. Mikäli sama tutkimus tehtäisiin myöhemmin uudelleen samoille haastateltaville, voisivat kertomukset olla suhteellisen samankaltaisia, vaikka niiden merkitykset olisivat haastateltaville hieman muuttuneet elämän edetessä.

Tämän tutkimuksen tuloksena toiseus rakentui erilaisista tekijöistä. Toiseus ilmeni niin henkilön itsensä kokemana suhteessa muihin ihmisiin, kuin vuorovaikutuksessa rakentuvana prosessina. Toiseuden kokemukseen vaikutti suurella osin vertailu niin kutsutun normaalin elämän ja normaalia elämää elävien ihmisten välillä. Lisäksi vertailtiin omaa aikaisempaa elämää suhteessa nykyhetkeen.

Toimintakyvyn rajoitukset, joita sairaus oli tuonut mukanaan, aiheuttivat yhteiskuntaelämän ja yhteisöjen ulkopuolelle jäämistä. Toiseus ilmeni fyysisenä eristäytymisenä, kun haastateltavat kertoivat sulkeutumisestaan kotiin väsymyksen vetäessä sänkyyn makaamaan. Kotiin sulkeutuminen aiheutti ystävyssuhteiden katkeamista ja sosiaalisten kontaktien puuttumista. Puutteet toimintakyvyssä aiheuttivat myös vaikeuksia huolehtia kodinhoitoon liittyvistä töistä ja omasta hygieniasta. Kuvaukset toimintakyvyn laskusta näyttäytyivät kuin vaikeana somaattisena sairautena, joka ajaa ihmisen vuoteen omaksi ja toimintakyvyttömäksi.

Toimintakyvyn lasku aiheutti haastateltaville häpeää ja syyllisyyttä omista

ongelmistaan. Kuitenkin toimintakyvyn rajoitusten selittäminen sairaudella auttoi purkamaan näitä tunteita. Haastateltavat kertoivat omista vaikeuksistaan hoitaa asioitaan vetoamalla sairauteen ja näin ikään kuin oikeuttivat toimintaansa. Tämä kertoi hyvin siitä, kuinka he kokivat oman sairauden tuoman rajoittuneisuuden yleisesti paheksuttavana yhteiskunnassamme. Haastateltavat tuntuivat joutuvan puolustelemaan omaa toimintaansa muiden ihmisten odotuksia vastaan. Häpeän ja syyllisyyden tunteet nousivat esiin siitä, kun he eivät olleet kyenneet vastaamaan näihin odotuksiin. Huonommuuden kokemukset loivat toiseutta, kun haastateltavat kertoivat, etteivät olleet pystyneet siihen mihin muut pystyvät tai mihin olivat aiemmin itse pystyneet.

Tutkimuksesta nousi esiin vahvasti haastateltavien kuvaukset oman toimintakyvyn laskun vaikutuksesta työ- ja opiskeluelämään osallistumiseen. Moni ei ollut enää pitkään aikaan pystynyt osallistumaan työelämään. Tämä aiheutti elämän merkityksettömyyden tunnetta ja toivottomuutta. Työelämän ulkopuolelle jäänti loi vahvasti toiseutta niin erilaisuuden kokemuksena kuin yhteisöstä ulkopuolisuutena. Työnteko määrittelee myös vahvasti identiteettiämme ja sosiaalista kanssakäymistä ihmisten kanssa. (Niemelä 2009). Tavatessa uuden tuttavuuden, kysymme häneltä melko pian, mitä hän tekee työkseen. Haastateltavat kertoivat tämän aiheuttavan häpeää sosiaalisissa kohtaamisissa. Osa haastateltavista oli opetellut kehittämään vaihtoehtoisen tarinan elämälleen ja esittäneet ”terveen” roolia vuorovaikutustilanteissa. Osa oli vetäytynyt kokonaan sellaisista tilanteista, joissa kokivat ettei ole turvallista puhua omasta sairaudestaan.

Toiseuden kokemukseen liittyy myös muiden ihmisten toiseksi tekeminen. Erilaisuus ja normaalista poikkeaminen tekevät toiseksi muiden ihmisten määrittelemänä. (Kulmala 2004, 74.) Tutkimus osoitti psykiatristen potilaiden sairaanhoidossa ja kuntoutuksessa ilmenevän toiseksi tekemistä.

Suurin osa haastateltavista ei ollut tyytyväisiä psykiatriseen avohoitoon. Hoito oli ollut liian lääkehoitoon keskittyvää ja tapaamisaikoja oli ollut liian harvoin. Haastateltavat olisivat toivoneet psykososiaalisia hoitomuotoja kuten keskusteluhoitoa. Haastateltavat pitivät lääkehoitoa ja keskusteluhoitoa yhtä tärkeinä, mutta kokivat hoidon painottuneen lääkehoitoon. Haastateltavat arvioivat hoidon olevan tuloksetonta ilman näitä kahta hoitomuotoa samanaikaisesti. Käypähoitosuosituksissa psykiatriseksi hoidoksi on kirjattu riittävä keskusteluhoito lääkehoidon rinnalle (Käypähoitosuositus). Riittämätön hoito luo toiseuden tunnetta, koska koetaan ettei ole tarpeeksi arvokas ja saman arvoinen kuin muut, mikäli ei saa asianmukaista ja hyvää hoitoa sairauteensa.

Tutkimuksesta tuli ilmi hoidon osalta myös se, että haastateltavat olivat joutuneet itse etsimään sopivaa hoitoa ja kuntoutusta itselleen. Tämä asetti mielenterveyskuntoutujat eriarvoiseen asemaan hoidon saannin ollessa sattumanvaraista. Haastateltavat kokivat olevansa itse vastuussa siitä, miten löysivät hoito- ja kuntoutusmuotoja. On melko kyseenalaista joutua itse toimimaan oman kuntoutuksen ja hoidon arvioijana. Parhaan ja sopivimman hoidon etsiminen tulisi olla terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten vastuulla yhdessä potilaan kanssa (Käypähoitosuositus). Monet haastateltavat kokivat olleensa yksin tilanteessa, jossa eivät tienneet mistä hakea itselleen apua. Mielenterveyden ongelmat loivat haastateltaville toimintakyvyn puutteita, jotka myös omalta osaltaan vaikeuttivat hoidon etsintää. Tällöin yhteiskunnan tulisi tulla vastaan ja huolehtia heikommista tarjoamalla asianmukaista hoito- ja palveluohjausta (Vorma ym.2020). Palveluiden ulkoistaminen on osittain pirstaloanut mielenterveyskuntoutuksen niin, että se on kuntoutujille epäedullista. (Salo 2011)

Hännisen (2007) mukaan toiseutta aiheuttaa niin sanottu pompottelukuvio, joka laittaa kansalaisen etsimään itselleen apua eri instansseista vuorotellen, kun hänet käännytetään ja ohjataan hakeutumaan seuraavan paikkaan.

(Hänninen 2007.) Tällainen kohtelu ilmeni myös tässä tutkimuksessa. Osa haastateltavista oli joutunut ikään kuin tarjoamaan itseään hoitopaikkaan ja tullut poiskäännytetyksi. Voimavarojen ollessa vähissä, voi kyseinen kohtelu luoda niin voimakkaita toiseuden tunteita ja alempiarvoisen tunteita, että sillä saattaa olla vakavat seuraukset. Epätoivo ja huonommuuden tunteet aiheuttavat sairauden syvenemistä ja kuntoutumisen edellytysten kapeutumista. Palvelujärjestelmän pirstaloituneisuus aiheuttaa jo sinällään väliinputoamista ja syrjäytymistä. (Metteri 2013). Mikäli kyse on välttämättömästä sairauden hoidosta, voi poiskäännyttäminen tuntua täysin kohtuuttomalta.

Haastateltavat kertoivat joutuneensa ala-arvoisen kohtelun kohteeksi psykiatrisessa hoidossa. Tutkimusten mukaan psykiatrasta hoitotyötä tekevät ammattilaiset ovat luoneet ehkäpä voimakkaimmin toiseutta mielenterveyskuntoutujille (Maanmieli 2019). Kyseinen teema toi itseni tämän tutkimusaiheen äärelle aloittaessani työskentelyn mielenterveyskuntoutujien parissa psykiatrisessa sairaalassa. Eräs haastateltava kertoi, että joissain psykiatrisissa hoitopaikoissa kohdellaan potilaita kuin pieniä lapsia. Tämä tutkimustulos on yhdenmukainen aiempien tutkimusten kanssa. Tällaiset tulokset toiseksi tekemisestä puhuttelevat. Hoitohenkilökunnan tulisi suhtautua eettisten ohjeiden mukaan potilaisiin kuten muihinkin ihmisiin ja enemmänkin edistää mielenterveyskuntoutujien yhdenvertaisuutta yhteiskunnassa (Holopainen & Välimäki 2000).

Kaikilla haastateltavilla oli kokemuksia mielenterveyskuntoutujien kantamasta negatiivisesta leimasta. Monet olivat sitä mieltä, että mielenterveyskuntoutuja leimaa jo käsitteenä ihmisen ala-arvoisempaan asemaan. Tämä johtui osaltaan ihmisten ennakkoluuloisista asenteista. Haastateltavat kokivat, että heihin suhtaudutaan ennakkoluuloisesti. Mikäli kertoo olevansa mielenterveyskuntoutuja, tulee kategorisoiduksi helposti

tiettyyn ryhmään ja kertojaan liitetään joukko muitakin ominaisuuksia. Tämän takia osa salasi sairautensa sosiaalisissa suhteissa. Kategorisointia ja leiman sisäistämistä tapahtui myös niin, että haastateltava itse määritteli itsensä ja muut samassa tilanteessa olevat alempiarvoiseksi. Tällainen leiman sisäistäminen on yleistä (Mickelson & Williams 2008). Lisäksi stigma eli häpeän leima pahentaa mielenterveysongelmia entisestään sen itsetuntoa alentavan vaikutuksen vuoksi, lisäten esimerkiksi masentuneisuutta. (Rovamo & Toikko, 2009).

Toiseutta purkaviksi tekijöiksi osoittautui vahvimmin vertaistuki. Haastateltavat kertoivat, että vertaisten seurassa voi olla oma itsensä, eikä tarvitse esittää rooleja, kuten muiden ihmisten seurassa. Vertaisuuteen kuuluu luottamus, jonka vuoksi ei enää tarvitse salailla asioita, mikä on tyypillistä mielenterveysongelmista kärsineille (Maanmieli 2019). Vertaisryhmä muodostaa ikään kuin normaalista poikkeavan sisäpiirin. Sisäpiirin muodostuminen on kaksijakoinen siinä mielessä, että se osaltaan poistaa toiseutta vertaisuuden kautta, mutta myös luo sitä sisäpiirin eristäytyessä muusta yhteisöstä. (Goffman 1990). Haastateltavat kertoivat vertaisuuden luovan yhteisöllisyyden tunnetta, jossa tietää, ettei tule tuomituksi.

Toiseutta purki tutkimuksen mukaan myös hyvä hoito. Päiväsairaalan hoito koettiin yksilökohtaisena ja hyvänä hoitona, jossa oli mahdollista toipua. Arvostava kohtaaminen ja erilaisten hoitomuotojen tarjoaminen auttoivat purkamaan toiseuden tunnetta. Näin päiväsairaalahoito saattoi olla korjaava kokemus haastateltaville. Korjaavat kokemukset purkavat toiseutta huonojen kokemusten jälkeen. Korjaavia kokemuksia oli syntynyt myös silloin, kun haastateltava oli odottanut sosiaalisessa kanssakäymisessä arvostelevaa ja leimaava suhtautumista, mutta toisen ihmisen reaktio olikin ollut myönteinen ja ymmärtävä. Tällaiset kokemukset purkavat erilaisuuden tunnetta ja siitä aiheutuvaa häpeää.

Mielenterveysongelmiin liittyvä stigma on edelleen olemassa yhteiskunnassamme. Rovamo ja Toikon (2009) mukaan stigmatisaatio on edelleen merkittävässä asemassa mielenterveysongelmien hoidossa ja kuntoutuksessa. On tutkittu, että stigma vaikuttaa mielenterveysongelmaisten elämään monella tapaa. Se huonontaa henkilön hakeutumista hoito- ja kuntoutuspalveluihin, sillä sairautta hävetään. (Rovamo & Toikko 2009.)

Leimaamiseen liittyy toiseuden rakentaminen konstruktiiivisesti kielen kautta. Erilaisten käsitteiden hylkäämisellä on pyritty vähentämään mielenterveysongelmien stigmatisoivaa vaikutusta. On alettu puhumaan ”toipujista” kuntoutujien sijaan ja ”mielenterveyden haasteista” ongelmien sijaan. Tämä on hyvä suunta ja vaikuttaa osaltaan leimaantumiseen. Olisi mielenkiintoista tutkia käsitteiden vaikutusta ihmisten asenteisiin laajemmin. Käsitteiden käyttö voi vähentää leimaamista ja vaikuttaa näin toiseuden purkautumiseen.

Rovamon ja Toikon (2019) mukaan stigmatisaatio myös heikentää palveluiden laatua sitä kautta, että niihin kohdistetaan vähemmän resursseja. Mikäli yhteiskunnassamme suhtaudutaan mielenterveysongelmiin stigmatisoivalla asenteella, ei myöskään mielenterveyspalveluihin suunnata lisää varoja. Sairauteen liittyvä stigma häviää hitaasti. Yhtenä keinona poistaa stigmaa on lisätä tietoa mielensairauksien synnystä ja hoidosta. Kaikilla on oma käsityksensä mielenterveyden ongelmista ja niiden hoidosta: terveydenhuollon ammattilaisilla, potilailla ja yhteiskunnan toimijoilla. Ongelmana on se, että esimerkiksi masennus- ja psykoosia sairastavat eivät kykene ajamaan omia etujaan. Erilaiset järjestöt pyrkivät ajamaan mielenterveyskuntoutujien asiaa, heidän asemansa parantamiseksi. (Parpola 2013, 280-283.) Rakenteellinen mielenterveystyön on jo lähes kadonnut suomalaisesta mielenterveyden keskustelusta. Toisaalta mielenterveyden ennaltaehkäisystä puhutaan monissa muissa sosiaali- ja

terveydenhuollon palveluissa kuten perheiden kanssa työskentelyssä, koulutuksessa, työelämässä ja yhteiskunnallisessa keskustelussa. (Helén ym. 2011.)

Mielenterveysongelmien diagnosoinnilla on oma osuutensa asiassa. Lääketieteelliselle diagnosoinnille on tarkoituksensa kuntoutusjärjestelmän ja sosiaalietuksien näkökulmasta, mutta se omalta osaltaan tuottaa toiseutta suhteessa muihin, joilla psykiatrasta diagnoosia ei ole. Terveystenhuoltojärjestelmä koittaa purkaa psykiatristen potilaiden negatiivista leimaa liittämällä psykiatriset sairaalat aluesairaaloitten yhteyteen ja lopettamalla entisaikaiset mielisairaalat kokonaan. Lisäksi avohoitoa on pyritty kytkemään perusterveydenhuollon yhteyteen. Näillä toimenpiteillä on samalla muitakin tarkoituksia, kuten kustannustehokkuus ja palveluiden yhtenäistäminen.

Tutkimustulokset osoittivat haastateltavien olevan osin tyytymättömiä saamaansa psykiatriseen hoitoon- ja kuntoutukseen.

Mielenterveyskuntoutujien palvelukokemuksia on tutkittu jonkin verran ja palveluiden kehittämiseksi on pyritty vastaamaan ottamalla hoidon suunnitteluun ja toteutukseen mukaan kokemusasiantuntijoita. Tämä on ollut hyvä suunta hoidon laadun ja palveluiden parantamiseksi asiakkaiden tarpeita paremmin vastaaviksi. Psykiatrisen hoidon laatuun ja määrään vaikuttaa kuitenkin myös resurssipula, joka on noussut useissa julkaisuissa esille (Helén ym. 2011). Haastateltavat puhuivat tässä tutkielmassa suoraan hoidon resursoinnista ja siitä, minkälaisia kokemuksia se on tuonut heille. Haastateltavat kokivat saaneensa liian vähän hoitoa. Heistä tuntui, ettei lääkäreillä ollut aikaa perehtyä heidän elämäntilanteeseensa ja kokonaisvaltaiseen hoitoon ja kuntoutukseen. Hoitokokemus oli usein vain lääkehoidon toteuttamista ja sairaskuutukseen liittyvien lausuntojen tekemistä. Myös toisenlaisia kokemuksia hyvästä hoidosta kerrottiin. Nämä hyvät kokemukset liittyivät suurimmalla osalla päiväsaaralatoimintaan,

jossa haastateltavat olivat hoidossa.

Moni tutkimushenkilö vertasi tässä tutkielmassa omaa sairauttaan suhteessa siihen, että olisi jokin somaattinen vaiva. Tämän tutkielman mukaan psykiatrisesta sairaudesta kärsivä joutuu kohtaamaan omasta toimintakyvyn heikkenemisestä tai itse sairaudesta häpeää ja syyllisyyttä. Nämä tunteet pahentavat sairautta ja heikentävät kuntoutumismahdollisuutta, sillä tämä häpeä ja syyllisyys tuottaa toiseuden tunnetta suhteessa valtaväestöön, jotka elävät määritelmien mukaan terveenä elämäänsä. Kuitenkin lähes kaikilla ihmisillä on elämäänsä jossain vaiheessa mielenterveyden haasteita. Se kuinka vaikeita ne ovat ja millä tavoin ne heikentävät toimintakykyä vaihtelee. Yhteiskunnallisessa keskustelussa nousee usein esiin mielenterveysongelmien seuraukset, kuten toimintakyvyn aleneminen henkilön vetäytyessä pois sosiaalisista suhteista, eristäytymällä kotiinsa ja ollessaan väsynyt ja aloitekyvytön. Kuitenkin asiaa voitaisiin tarkastella myös sitä kautta, miten yhteiskunta ottaa huomioon erilaiset ihmiset. Ei ole kyse ainoastaan sairauden oireista vaan myös yhteiskunnan ja erilaisten ihmisten kohtaamisesta. Mitä kapeammin ”normaali elämä” määritellään yhteiskunnassamme, sitä helpommin mielenterveysongelmista kärsivät jäävät yhteiskunnan ulkopuolelle. Osallisuus näyttäytyy mahdollisuutena elää tätä ”normaalia”. Osallisuus ja aktiivisuus yhteiskunnassa vaatii resursseja ja ihmisten toimintaa mielensairautta sairastavien aseman parantamiseksi. Ei riitä, että yksilö itse ponnistelee yrittämällä hallita oireitaan (Raitakari ym. 2011, 338).

Mielenterveysongelmien toimintakykyä rajoittavat haasteet aiheuttavat uhan yhteiskunnan ulkopuolelle jäämisestä ja syrjäytymisestä. Sopivilla tukimuodoilla ja osallistumismahdollisuuksilla yhteiskuntaelämään ajautuminen yhteiskunnan reunoille voidaan katkaista niin, ettei mielenterveysongelmista kärsivät joudu elämään kokien toiseutta suhteessa valtaväestöön. Mielenterveysongelmista kärsivien tulisi voida osallistua

yhteiskuntaelämään ja sen yhteisöihin tasavertaisesti siinä missä muutkin. Hyvinvoinnin edellytykset tulisi luoda mahdollisiksi kaikille sairauksista riippumatta. Kyse on erilaisten tukipalveluiden yhteen sovittamisesta ja erilaisten mahdollisuuksien luonnista. Tämän tutkimuksen perusteella vertaistuen mahdollistaminen mielenterveyskuntoutujille on ensiarvoisen tärkeää.

Tietoa mielenterveysongelmista ja niiden aiheuttamasta toiseudesta tarvitaan lisää. Suunta stigman poistamiseksi on ollut hyvä, mutta ei riittävä, jotta tulevaisuudessa annettaisiin parhaat edellytykset mielenterveysongelmien ennaltaehkäisylle sekä niistä kuntoutumiselle. Tiedon lisääminen ei toki yksinään riitä vaan tarvitaan resursointia hoidon määrän ja laadun kehittämiseksi, jotta tässä tutkimuksessa esiintullutta poiskäännyttämistä hoidosta ja palveluista ei tapahtuisi. Riittämätön hoito aiheuttaa mielenterveysongelmien syventymistä ja kuntoutumisen pitkittymistä. Tämän lisäksi kokemukset riittämättömästä hoidosta aiheuttaa toiseuden tunnetta, joka sisältää häpeää. Häpeä osaltaan pahentaa itse sairautta tai mielenterveyden haasteita (Rechardt & Ikonen, 1994).

Rajan vetoa siitä, minkälaista on hyväksyttävä ja arvostettava elämäntapa yhteiskunnassa, käydään jatkuvasti. Nähdäkseen itsensä normaalina, tulee olla myös ei-normaaleja tai ainakin vähemmän normaaleja. Normaalin käsitettä vältellään arkipuheessa, mutta se ei ole ilmiönä poistunut, vaan kategorisointi meidän ja heidän välillä jatkuu. Normaaliuden ihannetta luodaan jokapäiväisessä elämässä. Tulee olla samanlainen kuin muut tai erottua positiivisesti joukosta. Yhteiskunnassamme arvostetaan menestymistä elämän jokaisella osa-alueella. Tämä luo paineita kaikille niin työelämässä, kuin yksityiselämässä. Tutkimusten perusteella nämä paineet uhkaavat kaikkien mielenterveyttä. Onkin alettu puhumaan mielenterveyden voimavaroista ja mielenterveyttä tukevista asioista. Ennaltaehkäisyyn panostetaan esimerkiksi työterveyshuollossa ja perhetyössä. Tämä

näkökulma vaatii vielä laaja-alaista levittämistä kaikille palvelusektoreille ja sosiaali- ja terveysalan työkuultuuriin.

Hoito- ja palvelujärjestelmän puutteiden lisäksi mielenterveyskuntoutujien kokeman toiseuden tutkimus on ajankohtaista niin kauan, kuin valtaväestöllä on ennakkoluuloja ja poikkeavaa suhtautumista. Mielenterveysbarometrin (2018) mukaan kaksi kolmasosaa väestöstä on sitä mieltä, että mielenterveyskuntoutuja ei ole täysvaltainen yhteiskunnan jäsen. Joka viides suomalainen ei haluaisi mielenterveyskuntoutujaa naapurikseen. (Mielenterveysbarometri 2018.) Nämä luvut ovat merkittäviä. Muutosta on kuitenkin havaittavissa parempaan suuntaan. Kaikilla ihmisillä tulisi olla yhtäläiset oikeudet ja mahdollisuudet hyvinvointiin sairauksista ja muista toimintakykyä rajoittavista tekijöistä huolimatta.

Lähteet

Appelqvist- Schmidlechner, Kaija & Wessman, Jenni (2014) Straight from Transylvania- nuorten mielenterveyskuntoutujien toiseuden kokemuksia. Teoksessa Mika Gissler, Marjatta Kekkonen, Päivi Känkänen, Päivi Muranen & Matilda Wrede -Jäntti (toim.) *Nuoruus toisin sanoen. Nuorten elinolot vuosikirja- 2014*. Helsinki: THL.

Bauman, Zygmunt (1997) *Sosiologinen ajattelu*. Tampere: Vastapaino.

Bergström, Tomi (2019) Näkökulma laajenee, mielenterveysstigma vähenee. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti*. 57, 69-71.

Corrigan, Patric W & Rafacz, Jennifer & Rusch, Nicolas (2011) Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research* 189.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Goffman, Erving (1969) *Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista*. Lohja: Marraskuun Liike.

Goffman, Erving (1990) *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Britain: Penguin books. (Alkuperäisteos julkaistu 1963.)

Granfelt, Riitta (1998) *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011) Komplekseja ja katkoksia -psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino.

Helne, Tuula (2002) *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Helsinki: Stakes.

Holpainen, Arja & Välimäki, Maritta (2000) Psykiatrinen hoitotyö- kykyä vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa Maritta Välimäki, & Arja Holpainen & Maija Jokinen (toim.) *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. Tampere: Välimäki, A.; Holpainen A.; Jokinen M.; Söderström W. Osakeyhtiö.

Hyväri, Susanna (2011) Kamppailu stigmaa ja syrjäytymistä vastaan -kaksi potilastarinaa. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.) *Reformin pirstaleet*. Tampere: Vastapaino.

Hänninen, Sakari (2007) Johdanto. Teoksessa Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä (toim.) *Pääsy kielletty. Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva*. Helsinki: Stakes.

Jokinen, Arja & Huttunen, Laura & Kulmala, Anna (2004) Johdanto: Neuvottelu marginaalien kulttuurisesta paikasta. Teoksessa Arja Jokinen & Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.) *Puhua vastaan ja vaieta*. Helsinki: Gaudeamus.

Juhila, Kirsi (2004) Leimattu identiteetti ja vastapuhe. Teoksessa Arja Jokinen & Laura Huttunen & Anna Kulmala *Puhua vastaan ja vaieta*. Helsinki: Gaudeamus.

Juhila, Kirsi (2002) Sosiaalityö marginaalissa. Teoksessa Kirsi Juhila & Forsberg Hannele & Roivanen Irene (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Järvensivu, Anu & Väänänen, Ari & Kuokkanen, Anna & Turtiainen, Jussi (2018) Mistä syntyy mielenterveysdiagnoosi? *Yhteiskuntapolitiikka*. 83 (1), 29-39.

Kaltiala- Heino, Riittakerttu & Poutanen, Outi & Välimäki, Maritta (2001) Sairauden häpeällinen leima. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim*. 117(6), 563-570.

Kantola, Heli (2009) *Vakavan sairastamisen merkitys elämänculussa. Esimerkkinä SLE*. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto, Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos.

Karlsson, Nina & Mikkonen, Juha (2019) Mielenterveys osana laaja-alaista hyvinvointia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti*. 56, 272-274.

Kulmala, Anna (2004) *Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

Kuula, Arja & Tiitinen Sanni(2010) Eettiset kysymykset ja haastattelujen jatkokäyttö.

Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino.

Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes (2014) Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Jouko Lönnqvist & Markus Henriksson & Mauri Marttunen & Timo Partanen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.

Löytty, Olli (2005) *Rajan ylityksiä. Tutkimusreittejä toiseuden tuolle puolen*. Helsinki: Gaudeamus.

Maanmieli, Karoliina (2019) Häpeä ja stigma mieleisairaaloitten potilaiden ja heidän omaisten muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti*. 56, 181-191.

Mead, George Herbert (1934) *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago press.

Metteri, Anna (2012) *Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

Mickelson, Kristin & Williams Stacey (2008) Perceived stigma of poverty and depression: Examination of interpersonal and intrapersonal mediators. *Journal of social and clinical psychology*. 29(9), 903-930.

Miettinen, Timo & Pulkkinen, Simo & Taipale, Joona (2010) *Fenomenologian ydinkysymyksiä*. Helsinki: Gaudeamus.

Mäkitalo, Juha (2000) Psykiatrinen terveysterveyspalveluorganisaatio. Teoksessa Maritta Välimäki, & Arja Holopainen & Maija Jokinen (toim.) *Psykiatrinen hotiotyö muutoksessa*. Tampere: Välimäki, A.; Holopainen A.; Jokinen M.; Söderström W. Osakeyhtiö.

Niemelä, Pauli (2009) Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustajana. Teoksessa Mikko Mäntysaari & Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Parpola, Antti (2013) *Toivo/Häpeä. Psykiatria modernissa Suomessa*. Helsinki: Suomen psykiatriyhdistys.

Pehkonen, Aini & Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru (2019) Hoidon alkuarvioinnin tulkintakehykset mielenterveystyössä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti*. 56, 102-113.

Pirkola, Sami (2019) Mielenterveys valokeilassa -vihdoinkin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti*. 56, 165-167.

Pohjola, Anneli (1994) Näemme köyhyyden, mutta emme köyhiä. Teoksessa Matti Heikkilä & Kari Vähätalo (toim.) *Huono-osaisuus ja hyvinvointivaltion muutos*. Helsinki: Gaudeamus.

Puumalainen, Jouni (2008) Kuntoutuksen historiaa. Teoksessa Jouni Rissanen & Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim.

Pylkkänen, Kari & Moilanen, Irma (2008) Muut kuin psykoottiset häiriöt. Teoksessa Jouni Rissanen & Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim.

Raitakari, Suvi & Kulmala, Anna & Gunther, Kirsi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa (2011) Vakava mielensairaus ja eriarvoisuudet arjessa. *Janus*. vol.19 (4), 326-341.

Rauhala, Lauri (2005) *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Helsinki: Yliopistopaino.

Rechardt, Eero & Ikonen, Pentti (1994) Häpeä psyykkisen lamaannuksen aiheuttajana. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim*. 110 (3), 278-288.

Riikonen, Eero (2008) Mielenterveysongelmat. Teoksessa Jouni Rissanen & Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim.

Rovamo, Essi & Toikko, Timo (2019) Päihde- ja mielenterveystyöhön kohdistetut negatiiviset asenteet ja assosiatiivinen stigma. *Yhteiskuntapolitiikka*. 84, 281-291.

Salo, Markku (2011) Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan mahdollisuudet. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino.

Sohlman, Britta & Immonen, Tuula & Kiikkala, Irma (2005) Ongelmallinen mielenterveys. *Yhteiskuntapolitiikka*. 70, 210-213.

Virokanna, Elina (2004) *Normaalin rajan molemmilla puolilla. Tutkimus huumehoitoyksikön nuorten identiteettien rakentumisesta*. Helsinki: Stakes.

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaar, Meri & Kosloff, Anu (2020) *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille*

2020-2030. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Williams, Simon (1987) Goffman. Interactionism and the management of stigma in everyday life. Teoksessa Graham Scambler (toim.) *Sociological theory and medical sociology*. London: Tavistock Publications.

Julkaisemattomat aineistot:

Sahlsten, Kati (2009) Päiväsairaaloiden ydinprosessi.

Internet-lähteet:

Helsingin kaupunki. Haettu 11.5.2020 osoitteesta:

<https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/psykiatriset-palvelut>

Mieleneterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 11.5.2020 osoitteesta:

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69977/laatusuositus.pdf?>

Mielenterveysbarometri (2018) Mielenterveysbarometri. Haettu 11.5.2020 osoitteesta:

<https://www.mtkl.fi/toimintamme/julkaisut/mielenterveysbarometri>

Kela (2020) Tutkimusblogi. Haettu 11.5.2020 osoitteesta:

<https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4792>

Koppa. Haettu 11.5.2020 osoitteesta:

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tietee>

nfilosofiset-suuntaukset/fenomenologia

Käypähoitosuositus . Haettu 11.5.2020 osoitteesta:

<https://www.kaypahoito.fi>

THL (2019) Mielenterveys. Haettu 11.5.2020 osoitteesta:

[https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-](https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/mielenterveys)

[terveyserot/eriarvoisuus/terveys/mielenterveys](https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/mielenterveys)

Liite 1

Teemahaastattelurunko

1. Sairauden ja elämäntilanteen suhde toisiinsa

- Arkielämän haasteet
- Mielenterveyden haasteiden vaikutus arkeen
- Elämäntilanteen vaikutus oireisiin
- Työ- ja opiskeluhistoria
- Hoitohistoria psykiatrisessa hoidossa

2. Vertaistuki

- Oman elämäntilanteen yhdenmukaisuus muiden kuntoutujien kanssa
- Luottamuksen rakentuminen hoidossa
- Vertaistuen merkitys päiväsairaalassa